

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční terapie



Apolena Stellarová

Diabetes mellitus u seniorů v pobytových zařízeních

Diabetes mellitus in the population of seniors in residential institutions

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:
MUDr. František Novák

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 15. 11. 2011

Apolena Stellarová

Podpis

Identifikační záznam:

Stellarová, Apolena. *Diabetes mellitus v populaci seniorů v pobytových zařízeních.* [*Diabetes melitus in the population of seniors in residential institutions*]. Praha, 2011. 93 s., 15 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce František, Novák.

Abstrakt:

Problematika výživy není snadným tématem, a je o to náročnější, pokud se týká osob, u kterých je nutné zohlednit období sénia. Navíc pokud toto období života doprovází onemocnění diabetes mellitus, důležitost výživy významně narůstá.

Diabetes mellitus je onemocněním, které je dnes velmi diskutovaným tématem, protože čísla znázorňující výskyt diabetu se stále zvyšují a diabetes se stává civilizačním onemocněním.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část, která zahrnuje poznatky o diabetu mellitu a jeho léčbě, ale také pojednává o aspektech stárnutí a životě v pobytových zařízeních.

V praktické části jsou obsaženy mnou zkoumané výsledky. Ke zjištění cíle byla použita kvantitativní metoda dotazníkového šetření. Dotazník je koncipován tak, aby postihl možnou rozdílnost postojů obou skupin dotazovaných. Ke zpracování bylo použito 110 vyhovujících zcela vyplněných dotazníků. V dotazníku jsou obsaženy otázky o způsobu stravování, léčbě diabetu mellitu, informovanosti seniorů, ale také o pitném režimu a pohybové aktivitě. Dále byl ke zjištění cíle použit protokol, který zahrnoval otázky týkající se stravování, personálního vybavení a provádění edukace v každém z 11 pobytových zařízeních. Výzkumné šetření bylo směřováno tak, abych dosáhla stanoveného cíle. Cílem této práce bylo zjistit, kým a jakým způsobem jsou senioři diabetici edukováni, a jak vnímají léčebná opatření a zda si uvědomují komplikace, které s sebou diabetes mellitus přináší.

V praktické části této bakalářské práce bylo stanoveno šest hypotéz, které odpovídají na stanovený cíl této bakalářské práce. Hypotézami byly předpokládány aspekty týkající diabetu mellitu a jeho komplikací, dietní léčby, pohybové aktivity, edukace a využití nutričního terapeuta v pobytových zařízeních.

Dotazníkovým šetřením jsme zjistili, že edukovanost seniorů není znepokojující, ať už bereme v úvahu obezňamování respondentů v oblasti dietní léčby, pohybu nebo komplikací, vždy výsledky poukazují na předávání informací ohledně zmíněných aspektů a porozumění jim ve většině případů.

Prekvapením bylo, že většina seniorů dodržuje léčebná opatření vztahující se na diabetes mellitus. Zde opět hovoříme o diabetické dietě, neméně důležitém pitném režimu a pohybové aktivitě.

Závěrem pro praxi navrhuje klást větší důraz na edukaci, seznamovat seniory s novinkami ve výživě a aktivněji začleňovat nutriční terapeutky do týmu pečujícího o klienty v pobytových zařízeních.

Klíčová slova:

Diabetes mellitus, diabetik, senior, stáří, diabetická dieta, léčba, pobytové zařízení, zdravotnické zařízení, sociální zařízení, výzkum

Abstract:

The issue of nutrition is not an easy issue, and is even more demanding with respect to persons for whom it is necessary to take into account the Sénia. Moreover, if this period of life accompanies diabetes mellitus, significantly increasing the importance of nutrition.

Diabetes mellitus is a disease that is now a very hot topic, because the figures showing the incidence of diabetes continues to rise and diabetes is becoming a disease of civilization.

Bachelor thesis is divided into two parts. The theoretical part, which includes knowledge about diabetes mellitus and its treatment, but also deals with aspects of aging and life in residential facilities.

In the practical part of me is contained examined the results. The target detection method was used quantitative survey. The questionnaire is designed to affect the possible disparity in attitudes of both groups of respondents. The process has been used quite satisfactory 110 completed questionnaires. The questionnaire contained questions about diet, diabetes mellitus, awareness of seniors, but also the drinking regime and physical activity. It was also used for target detection protocol, which included questions about diet, staffing and implementation of education in each of the 11 residential facilities. The survey was directed so as to achieve the target. The aim of this work was to determine by whom and how the elderly diabetics edukováni, and how they perceive and therapeutic measures that recognize the complications that come with diabetes brings.

In the practical part of this thesis was provided six hypotheses that correspond to the stated objective of this thesis. Hypotheses were predicted aspects of diabetes mellitus and its complications, dietary therapy, physical activity, education and the use of nutritional therapist in residential facilities.

Questionnaire survey, we found that seniors edukovanost not worrying whether we take into account the familiarity of the respondents in the dietary treatment, movement or complications, always results show the transmission of information regarding these aspects and understanding in most cases.

The surprise was that most seniors observes therapeutic measures related to diabetes mellitus. Here again we are talking about the diabetic diet, drinking less important regime and physical activity.

Finally, in practise we propose to place greater emphasis on education, seniors acquainted with innovations in nutrition and nutritional therapists actively integrate into the team caring for clients in residential facilities.

Key words:

Diabetes mellitus, diabetic, senior, age, diabetic diet, treatment, residential facility, health equipment, sanity facility, research

Poděkování:

Děkuji panu MUDr. Františku Novákovi za vedení bakalářské práce, metodické usměrnění, cenné rady, připomínky a doporučení při zpracování bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	11
Teoretická část	13
1. Diabetes mellitus	13
1.1 Historie	13
1.2 Metabolismus sacharidů	14
1.3 Diagnostika	14
1.3.1 Glykémie nalačno	15
1.3.2 Postprandiální a pozátěžová glykémie	15
1.4 Definice diabetes mellitus a epidemiologie	15
1.5 Klasifikace poruch homeostázy glukózy	16
1.6 Etiopatogeneze	17
1.6.1 Diabetes mellitus 1. typu	17
1.6.2 Diabetes mellitus 2. typu	17
1.6.3 Ostatní specifické typy diabetu	18
1.6.4 Gestační diabetes mellitus	18
1.6.5 Syndrom inzulinové rezistence	19
1.7 Terapie	19
1.7.1 Farmakologická léčba	19
1.7.2 Nefarmakologická léčba	23
1.8 Edukace diabetika	31
2. Péče o seniory	32
2.1 Stárnutí	32
2.2 Pobyťová zařízení pro seniory	33
2.3 Diabetes mellitus ve stáří	34
3. Praktická část	36
3.1 Cíl práce	36
3.2 Formulace hypotéz	36
3.3 Operacionalizace	37
3.4 Metoda sběru dat	37
3.5 Organizace výzkumu	38
3.6 Charakteristika souboru	39
3.7 Popis a interpretace výsledků	42
3.8 Interpretace hypotéz	62
3.9 Diskuse	63
3.10 Shrnutí	66
3.11 Doporučení pro praxi	67
Závěr	68
Použitá literatura	70
Seznam příloh	72
Seznam tabulek	91
Seznam grafů	92

Seznam zkratk:

NT – nutriční terapeut

L – lékař

VS – všeobecná sestra

SZ – sociální zařízení

ZZ – zdravotnické zařízení

HLA – human leukocyte antigens

Úvod

Ve své bakalářské práci se budu věnovat problematice diabetu mellitu v období sénia u osob v pobytových zařízeních.

Diabetes mellitus je v současné době nepochybně jedno z nejzávažnějších civilizačních onemocnění a není přehnané, hovoří-li se o masové epidemii neprenosného chronického onemocnění. Tohle je důvod, proč jsem si dané téma vybrala. Dle mého názoru nedostatek znalostí o této nemoci a nedostatečná péče o nemocné s diabetem mellitem může vést k rozvoji četných komplikací, které mají nepříznivý dopad na kvalitu života člověka i jeho rodiny a znamenají významný ekonomický problém pro celou společnost.

Teoretická část je věnovaná základnímu onemocnění diabetu mellitu. Jsou zde objasněny všechny aspekty, týkající se tohoto onemocnění. Především pak etiopatogeneze, klinické příznaky jednotlivých typů diabetu mellitu a komplexní léčba, která je podmínkou k udržení kompenzovaného stavu nemoci. Tyto informace jsou založeny především na teoretických poznatcích, které byly do současné doby o tomto onemocnění zjištěny.

Vzhledem k oboru, který studuji, jsem podstatnou část věnovala především nefarmakologické léčbě. V této kapitole jsou vytyčeny cíle dietní léčby a popsána důležitost makronutrientů, vlákniny a tekutin. A protože neexistuje univerzální dieta pro oba typy diabetu mellitu, je každý ze dvou typů tohoto onemocnění popsán zvlášť. Několik řádků jsem věnovala i fyzické aktivitě a psychohygieně, které jsou neodmyslitelnou součástí léčby.

Aby osoby s diabetem mellitem měly zajištěn kvalitní život, především pak v období sénia, je dalším pilířem úspěšné kompenzace diabetu edukace. Bez edukace není léčba tohoto onemocnění možná, a proto je nutné, aby byl diabetik včas „vychováván“ k samostatnému zvládnutí diabetu. V případě efektivní edukace, pak diabetes mellitus nemusí pro samotného diabetika představovat onemocnění zhoršující kvalitu života.

Velmi často jsou aspekty stárnutí spojeny s umístěním seniorů do pobytových zařízení. Společenské změny významně ovlivnily podmínky rozvoje péče o seniory v České republice. Nové přístupy v ošetrovatelství, především pak užití ošetrovatelského procesu v praxi, zaručují individualizovanou péči zaměřenou na klienta a jeho rodinu, na uspokojování potřeb, na řešení problémů vznikajících v souvislosti s jeho onemocněním nebo se změnou

zdravotního stavu. Období stárnutí je často doprovázeno mnohými fyzickými a psychickými změnami a mnohdy si žádá odbornou medicínskou, ošetrovatelskou a sociální péči.

V praktické části je obsaženo výzkumné šetření, které zahrnuje výsledky dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření probíhalo v šesti sociálních zařízeních a pěti zdravotnických zařízeních v Praze. Dotazníky byly rozděleny osobám starším 60 let, které splňovaly vstupní kritéria, která jsou součástí příloh. V empirické části byl stanoven cíl této bakalářské práce, který byl ověřován šesti hypotézami. V hypotézách byl kladen důraz na aspekty dietní léčby, pohybové aktivity, edukaci a využívání nutričního terapeuta. K tomu, aby bylo možné některé z odpovědí seniorů v pobytových zařízeních ověřit a zároveň charakterizovat jednotlivá zařízení, byl sestaven protokol, který vyplňoval personál.

Teoretická část

1. Diabetes mellitus

1.1 Historie

Za první zmínku o diabetu je označován Ebersův papyrus z roku 1550 let př. n. l. Pojmenování „diabetes“ poprvé použil Aretaeus z Kappadoikie již ve 2. století n. l. a v 5. století n. l. indický vědec Sustruta hovoří o diabetu, kdy již uvádí dva typy nemoci, jednu, při které dochází k hubnutí, a druhou, pro niž je typická obezita.^[10]

Již v této době byl kladen důraz na výživu, nicméně šlo především o hladovění takto postižených osob. Také fyzická aktivita byla pokládána za velmi důležitou a ani upozorňování na obezitu v souvislosti s diabetem nebylo pozadu.^[10] Prvním lékařem, který upozornil na tyto aspekty léčby diabetu, byl C. Galén v roce 129 n. l. Významný byl též rok 1787, kdy byl nemoci připsán přívlastek „mellitus“ lékařem W. Cullenem.^[20]

V 19. století prováděl Claude Bernard pokusy na zvířatech. Došel ke zjištění, že játra produkují glukózu nezávisle na přívodu sacharidů potravou. Tento proces označil jako „vnitřní sekreci“. Dalšími pokusy dokázal, že glukóza nevzniká v krvi, ale v játrech, a to z glykogenu, který objevil v roce 1857. Tato zjištění vedla k závěrům, že diabetes mellitus vzniká na základě onemocnění jater.^[10]

V roce 1889 Oskar Minkowski a Josef von Mehring zjistili, že u psů lze vyvolat diabetes odstraněním pankreatu. Později Edward Sharpey-Schafer odhalil, že látka nezbytná pro metabolismus sacharidů vzniká právě v pankreatu v Langerhansových ostrůvcích a nazval ji inzulin. Tehdy byla objevena podstata diabetu.^[10]

Až v roce 1921 se v Torontu podařilo Fredericku Bantingovi a Charlesi Bestovi izolovat hormon inzulin. Poprvé byl podán umírajícímu čtrnáctiletému chlapci, který trpěl diabetem 1. typu. O dva roky později obdrželi za objevení inzulinu výše uvedení lékaři Nobelovu cenu.^[10]

Výroba inzulinu pro pacienty se postupně vyvíjela a do léčby v roce 1955 vstoupila také nová složka, a to medikamentózní, která zahrnovala vývoj a posléze indikaci perorálních antidiabetik pacientům s diabetem mellitem.^[10]

1.2 Metabolismus sacharidů

V metabolismu sacharidů člověka má ústřední postavení glukóza, která protíná všechny hlavní metabolické dráhy a ovlivňuje tak i metabolismus lipidů a proteinů. Největší množství sacharidů přijatých potravou by měla tvořit skupina polysacharidů. Trávení těchto živin probíhá již v dutině ústní, kde je přítomný enzym ptyalin. Tento enzym je však v kyselém prostředí žaludku inaktivován a digesce pokračuje opět až v duodenu, kde sacharidy přicházejí do kontaktu s enzymy pankreatických šťáv. Nicméně nutné je podotknout, že další enzymy jsou přítomny i v kartáčovém lemu a střevním lumen. Tyto enzymy nazýváme disacharidázy – sacharáza, laktáza, izomaltáza a maltáza. Pokud organismus sacharidy zpracuje na co nejjednodušší složky (tj. monosacharidy zejména glukózu), většina z nich se poté dostává vénou portae do jater, kde se dále využívá pro řadu procesů. Pouze malé množství sacharidů uniká resorpci a pokračuje dále cestou do tlustého střeva, kde je zužitkováno přítomnou bakteriální flórou. Sacharidy jsou uloženy v organismu v podobě glykogenu, jehož hlavní zásoba je v játrech a kosterním svalstvu.^[5]

Po vstřebání glukózy do krevního řečiště je důležitá hodnota glykémie – hladina cukru v krvi. Rozeznáváme glykémii na lačno a postprandiální. Za fyziologických podmínek by hodnoty glykémie na lačno měly být 5,6 mmol/l a hodnoty postprandiální (tj. 60–120 minut po hlavních jídlech) glykémie 7,8 mmol/l. Glykémie je regulována a ovlivňována řadou mechanismů. Nejvýznamnější je regulace ze strany hormonální. Katabolické hormony, které přispívají ke zvýšení glykémie, jsou především katecholaminy, glukagon a tyroxin. Opačný účinek má anabolicky působící inzulin. Dalšími faktory, které hladinu cukru v krvi ovlivňují, jsou například rychlost vyprazdňování žaludku, citlivost tkání na inzulin, přítomnost vlákniny a tuků v potravě a samozřejmě i kvalita a obsah sacharidů v jídle. Jednoduché formy cukrů glykémii zvyšují velmi rychle a vedou k častým výkyvům, naproti tomu polysacharidy představují její pozvolný vzestup.^{[5][3]}

1.3 Diagnostika

Od roku 1997 existují nová diagnostická a klasifikační kritéria diabetu. Návrh kritérií, jež byla potvrzena jako celosvětové doporučení WHO (Světová zdravotnická organizace), provedla American Diabetes Association (ADA).^[14]

1.3.1 Glykémie nalačno

Glykémie nalačno je jediným možným kritériem pro stanovení hraniční glykémie nalačno (HGL). Hodnota HGL je 5,6 – 7,0 mmol/l. Tato hodnota byla uznána Mezinárodní skupinou expertů a následně i výborem České diabetologické společnosti jako oficiální doporučení pro Českou republiku.^[14]

Glykémie nalačno nad 7,0 mmol/l je rozhodující pro diagnostiku diabetu. WHO ve svých doporučeních upozorňuje, že musí být pro stanovení diagnózy diabetu provedeno opakované vyšetření nebo prověření přítomnosti symptomů svědčících o diabetu (žízeň, polyurie, náhlé hubnutí apod.).^[14]

1.3.2 Postprandiální a pozátěžová glykémie

Mimo termínu postprandiální glykémie, jež označuje hladinu glukózy v krvi po běžném jídle, užíváme pojem pozátěžová glykémie, který znamená koncentraci glukózy v krvi po podání (zátěži) 75g glukózy při orálním glukózovém tolerančním testu (oGTT). Tento test je v praxi široce využíván pro diagnostiku diabetu, porušené glukózové tolerance a hraniční glykémie nalačno.^[14]

1.4 Definice diabetes mellitus a epidemiologie

Diabetes mellitus je chronickým, etiopatogeneticky heterogenním onemocněním, jehož základním rysem je hyperglykémie. Vzniká v důsledku nedostatečného účinku inzulinu při jeho absolutním nebo relativním nedostatku a je provázen komplexní poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin.^[11] Onemocnění má různé klinické formy, které se liší etiologií, klinickými projevy a průběhem, ale komplexní porucha metabolismu s hyperglykemií je společná pro všechny z klinických forem.^[12]

Na počátku 21. století se hovoří o diabetu jako o epidemii. Zvýšil se výskyt DM 1. typu i DM 2. typu. Výskyt autoimunitně podmíněného diabetu 1. typu narůstá pozvolna, ale stále zůstávají nejasné jeho vyvolávající příčiny. Oproti tomu nárůst výskytu diabetu 2. typu je mnohem strmější. Na konci 20. století se zvyšuje incidence a prevalence obezity u dospělé a dospívající populace, ale také u dětí. Obezita velmi úzce souvisí s inzulinovou rezistencí. U obézních jedinců s genetickou predispozicí k diabetu se rozvíjí diabetes mellitus 2. typu poměrně rychle. Právě tento typ diabetu je v populaci zastoupen 90 % diabetiků.^[14]

O výskytu diabetu na jednotlivých kontinentech pravidelně informují statistiky Světové zdravotnické organizace i Mezinárodní diabetologické federace (IDF). Údaje z roku 2003 vyčísľují celkový počet diabetiků v rámci světového měřítka na 194 milionů, což je 5,1 % populace ve věku od 20 do 79 let. Data z roku 2006 uvádějí, že v roce 2007 by měl být počet diabetiků 246 milionů s prevalencí 5,9 %. Dle odhadů stoupne počet diabetiků v roce 2025 až na 380 milionů.^[14]

V České republice diabetes mellitus podléhá každoročnímu hlášení, podávaného Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Ten poté vypracovává data vypovídající o celkovém počtu diabetiků, jejich mikrovaskulárních komplikací a léčbě diabetu. Údaje zpracované ÚZIS poukazují na velký nárůst diabetiků za posledních 30 let. Na základě těchto dat lze dovodit, že za posledních 20 let se počet diabetiků v České republice zdvojnásobil.^[14]

1.5 Klasifikace poruch homeostázy glukózy

Současná klasifikace diabetu se nazývá *etiologická klasifikace*, protože rozděľuje jednotlivé typy diabetu podle dosavadních etiologických poznatků o vývoji diabetu a jeho manifestaci.^[14]

[ŠKRHA, Jan, 2009, s. 417]

Tabulka 1 – klasifikace poruch homeostázy glukózy

A. Diabetes mellitus
diabetes mellitus 1. typu:
<ul style="list-style-type: none"> • autoimunitní • idiopatický
diabetes mellitus 2. typu
<ul style="list-style-type: none"> • převážně inzulinrezistentní • převážně inzulindeficitní
ostatní specifické typy diabetu
gestační diabetes mellitus
B. Další poruchy homeostázy glukózy
hraniční glykémie nalačno
porušená glukózová tolerance

1.6 Etiopatogeneze

Etiopatogeneze diabetu je soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku a rozvoji tohoto onemocnění.

1.6.1 Diabetes mellitus 1. typu

Diabetes mellitus 1. typu je onemocnění, u kterého je nedostačující až chybějící produkce inzulínu. Mezi etiologické činitele, které přispívají k manifestaci onemocnění, patří faktory genetické a faktory vnějšího prostředí.^[14]

Z genetických faktorů ovlivňují dispozici k tomuto onemocnění geny třídy HLA. Přestože genetická predispozice je základní podmínkou vzniku diabetu 1. typu, bez působení vnějších faktorů onemocnění nevyvolá.^[14]

Právě vnější činitele se na vzniku diabetu 1. typu podílejí dvěma třetinami, zatímco genetické faktory pouze jednou třetinou.^[14]

Mezi vnější činitele patří virová onemocnění, dietní vlivy a stresové situace. V otázce stravy se jedná především o podávání kravského mléka dětem a o preventivní účinek kojení.^[10]

U diabetu 1. typu se setkáváme s několika vývojovými fázemi, během kterých jsou postupně B-buňky destruovány. Až po zničení 70 – 85 % B-buněk dochází ke zvýšení glykémie nalačno i postprandiálně.^[14]

Diabetes mellitus 1. typu má 2 subtypy:

1A – diabetes 1. typu imunitně zprostředkovaný, kde je pozitivní nález protilátek

1B – diabetes 1. typu idiopatický, kde protilátky nejsou přítomny

Diabetes mellitus 1. typu se může manifestovat v jakémkoli věku. Na základě toho existuje i označení LADA (latent autoimmune diabetes of adults, latentní autoimunitní diabetes dospělých), kdy jde o nemocné ve středním a pozdějším věku.^[14]

1.6.2 Diabetes mellitus 2. typu

Diabetes mellitus 2. typu je onemocnění, na jehož manifestaci se podílejí genetické faktory i vlivy vnějšího prostředí.^[14]

Ke vzniku hyperglykémie je většinou nutné, aby byly u jedince přítomny dvě genetické vlohy: inzulinová rezistence (IR) a inzulinový deficit (ID). IR znamená sníženou citlivost periferních tkání na působení endogenního inzulinu. ID bývá na začátku onemocnění relativní, což znamená, že koncentrace inzulinu jsou na počátku onemocnění normální nebo zvýšené, ale v průběhu let dochází k postupnému snižování vlastní produkce inzulinu, což vede k absolutnímu inzulinovému deficitu.^[14]

Gen, který je nositelem rizika, zatím nebyl identifikován, ale jsou známe geny, které je možné označit za rizikové. Mezi ně patří geny, které se podílejí na udržování glukózové homeostázy, geny zodpovědné za vrozené choroby včetně diabetu a geny subtypu diabetu MODY.^[14]

Také u diabetu 2. typu nelze opomíjet faktory vnějšího prostředí, jako jsou pozitivní energetická bilance a nedostatek fyzické aktivity, které by se měly s ohledem na genetické vlivy uplatňovat jen minimálně.^[14] Na rozdíl od osob s diabetem 1. typu se diabetes mellitus 2. typu vyskytuje převážně u jedinců nad 45 let, ale v důsledku nedodržování zdravého životního stylu je diabetes 2. typu čím dál častější u dětí.^[19]

1.6.3 Ostatní specifické typy diabetu

K nejčastějším specifickým typům patří diabetes při chorobách zevní části pankreatu a při endokrinopatiích (akromegalie, Cushingův syndrom, glukagonom a další).^[14]

Samostatnou skupinou je diabetes MODY (maturity-onset diabetes of the young, diabetes mellitus charakteru diabetu dospělých vzniklý v mládí), který vzniká v důsledku geneticky podmíněné poruchy B-buněk.^[14]

Mezi ostatní specifické typy diabetu řadíme pankreatogenní diabetes, který může být podmíněn jak pankreatitidou, tak chirurgickým odstraněním pankreatu.^[14]

1.6.4 Gestační diabetes mellitus

Jedná se o abnormální glukózovou toleranci, která vzniká u ženy poprvé v těhotenství. Může být diagnostikována jako porucha glukózové tolerance nebo jako diabetes mellitus. Diagnostika je prováděna na základě výsledků oGTT stejně jako u netěhotných žen.^[14]

1.6.5 Syndrom inzulinové rezistence

Termínem syndrom inzulinové rezistence (SIR) rozumíme souhrn klinických projevů a biochemických ukazatelů, které zvyšují riziko aterosklerózy. SIR je také často označován jako metabolický syndrom či Reavenův syndrom.^[1]

Většina diabetiků 2. typu trpí obezitou a právě tento diabetes je jedním z projevů SIR.

Vztah mezi obezitou a diabetem 2. typu je velmi významný, neboť 70 – 85 % trpí dalšími komplikacemi, které jsou řazeny k syndromu inzulinové rezistence.^[14]

K metabolickému syndromu se dle definice ATP III vztahuje pět kritérií, z nichž musí být pro jeho diagnostiku splněna alespoň tři.

1. Obvod pasu u žen nad 88 cm, u mužů nad 102 cm
2. Krevní tlak nad 130/85
3. Glykemie nad 6,0 mmol/l
4. Triglyceridy nad 1,7 mmol/l
5. HDL pod 1,25 mmol/l u žen a pod 1,0 mmol/l u mužů^[12]

1.7 Terapie

Cílem léčby je dosáhnout normálních hodnot koncentrace glukózy v krvi během celého dne. Jen takový postup chrání diabetika před jinak zákonitým rozvojem nejen akutních, ale také pozdních komplikací, které mu zhoršují kvalitu života a často jej také zkracují.

1.7.1 Farmakologická léčba

1.7.1.1 Léčba inzulinem

Léčba inzulinem je základní součástí péče o nemocné s diabetem 1. typu. Zavedení inzulinu do praxe v roce 1922 zásadně změnilo prognózu tohoto onemocnění. V některých případech se používá i k léčbě diabetiků 2. typu, kteří sice nejsou na přívodu exogenního inzulinu životně závislí, ale kde je jeho podávání nutné ke korekci hyperglykémie.^[1]

Konvenční režimy

Konvenční léčbou inzulinem rozumíme léčbu, kdy je inzulin aplikován v jedné nebo ve dvou dávkách inzulinu denně. Aby bylo dosaženo kompenzace, je tento režim většinou

myslitelný pouze u diabetiků 2. typu, tedy pouze v případech, kde je zachována endogenní sekrece inzulínu.^[14]

Intenzifikované režimy

Inzulin je aplikován způsobem napodobujícím jeho fyziologickou sekreci, bazální a prandiální potřebu. Pro dosažení cíle této léčby neodmyslitelně patří selfmonitoring a případné úpravy dávek inzulínu samotným pacientem. Tento způsob léčby je zásadní pro diabetiky 1. typu, avšak lze jej aplikovat u diabetiků 2. typu, u kterých konvenční léčba selhala.^[14]

Selfmonitoring

Kontrola glykemií samotným diabetikem je nedílnou součástí léčby. Pro dobře edukovaného diabetika, kterému byla indikována intenzifikovaná léčba, má selfmonitoring velký význam. U diabetiků 2. typu léčených perorálními antidiabetiky nebyla prokázána na základě selfmonitoringu lepší kompenzace onemocnění, ale přesto zde selfmonitoring neztrácí smysl, protože má především motivační význam pro podporu dietní léčby a léčby pohybem.^[12]

Provádění selfmonitoringu:

- při dobře kompenzovaném diabetu
 - 3 – 4 měření glykemií denně u všech léčených intenzifikovaným inzulínovým režimem
 - 2 měření glykemií denně u všech s konvenční léčbou diabetu
 - 3 měření týdně u diabetiků léčených perorálními antidiabetiky a dietou, vhodné je střídat měření glykémie nalačno a postprandiální
 - 3 – 4 měření denně a 1x za 14 dní i noční měření pro pacienty léčené inzulínovou pumpou
- četnost měření glykemií je individuální v těchto případech
 - dekompenzovaný diabetes mellitus
 - gestační diabetes mellitus
 - zvýšená fyzická zátěž
 - nově diagnostikovaný diabetes mellitus^[10]

Aplikátory inzulinu

Inzulin je možné podávat injekční stříkačkou nebo inzulinovými dávkovači.

Pro aplikaci inzulinu je vhodné používat jednorázové injekční stříkačky se zatavenou jehlou. Inzulin je v různých koncentracích, podle kterých je k aplikaci daného inzulinu určen typ stříkačky, který není možné zaměnit s jiným typem.^[1]

Dávkovače inzulinu tzv. inzulinová pera, je možné použít jednorázově, ale i opakovaně. Jedná se o aplikátory, které může mít diabetik stále u sebe. Pera se plní inzulinem v zásobních vložkách. Výhodou je snadná manipulovatelnost.^[1]

Tam, kde selhala injekční léčba, se využívá aplikace inzulinu inzulinovou pumpou (CSII, continuous subcutaneous insulin infusion). Jde o nejdokonalejší intenzifikovanou inzulinovou léčbu diabetu. Pumpou se trvale podává ultrakrátce nebo krátce působící inzulin podle algoritmu, kterým se napodobuje bazální a prandiální sekrece inzulinu. Aby bylo dosaženo účelu indikace inzulinové pumpy, musí být pacient řádně edukován a kompletně zaškolen. Léčba by měla být zahájena v diabetologickém centru při krátkodobé hospitalizaci.^[4]

Typy inzulinových přípravků

Podle rychlosti nástupu biologického účinku, vrcholu působení a trvání účinku dělíme inzulinové přípravky na ultrakrátce působící, krátce působící, středně dlouze působící a s prodlouženou dobou účinku.^[14]

Ultrakrátce působící inzuliny

Účinek ultrakrátce působících analog se dostavuje za 10 – 20 minut od subkutánního podání, maximum účinku nastává za 30 – 45 minut a účinek trvá jen 2 – 5 hodin. Ve srovnání s krátce působícími inzuliny se lépe vstřebávají a nejlépe ze všech dostupných inzulinů napodobují prandiální sekreci. Ultrakrátce působící inzuliny se využívají především pro prandiální potřeby inzulinu a popřípadě ke snížení hyperglykémie.^[14]

Krátce působící inzuliny

Mohou být využity pro inzulinové pumpy. Jejich účinek nastává za 15 – 30 minut, po subkutánním podání, vrcholu dosahuje za 1 – 3 hodiny a trvá 4 – 6 hodin. Krátce působící inzuliny se využívají pro prandiální potřeby inzulinu a popřípadě ke korekci hyperglykémie.^[14]

Středně dlouze působící inzuliny

Středně dlouze působící inzuliny se používají k náhradě bazální potřeby inzulinu. Začátek jejich působení nastává za 1 – 3 hodiny, maximálního účinku dosahují mezi 4 – 16 hodinami, který trvá 12 – 24 hodin.^[14]

Dlouze působící inzuliny

Účinek dlouze působících inzulinů přetrvává obvykle déle než 24 hodin se začátkem působení za 2 – 3 hodiny po jejich podání. Vzhledem k vysoké variabilitě v absorpci se krystalické suspenze dlouze působících inzulinů přestávají používat. V praxi jsou nahrazena inzulinovými analogy.^[14]

1.7.1.2 Léčba perorálními antidiabetiky

Pro úspěšnou léčbu perorálními antidiabetiky je nezbytné dodržování dietních opatření. Avšak pacientům ve vyšším věku perorální antidiabetika umožňují určité uvolnění dietního režimu. Platí to především o derivátech sulfonylurey, které stimulují sekreci inzulinu z B-buněk Langerhansových ostrůvků pankreatu. Většina perorálních antidiabetik vede ke zvyšování tělesné hmotnosti a u obézních diabetiků se snižování tělesné hmotnosti nedaří.^[12]

Perorální antidiabetika dělíme na 4 skupiny:

1. Inzulinová sekretagoga

Mezi tyto látky patří deriváty sulfonylurey a meglitinidy. Mechanismus účinku předně spočívá v působení na B-buňky Langerhansových ostrůvků pankreatu, proto jsou vhodná jen u 2. typu diabetu, kde jsou B-buňky Langerhansových ostrůvků zachovány.^[1]

2. Látky zvyšující citlivost tkání na inzulin

Mezi tyto látky patří biguanidy (metformin) a thiazolidindiony. Tyto léky ovlivňují metabolismus glukózy v játrech, svalech, v tukové tkáni a ve střevě. Zvyšují také pomnožení inzulinových receptorů a snižují hladiny tuků a cholesterolu v krvi. Je zde ale riziko vzniku laktátové acidózy, hlavně u starších biguanidů.^[1]

3. Antidiabetika omezující resorpci glukózy

V léčbě používáme především akarbózu. Je to nepravý nevstřebatelný tetrasacharid, který ve střevě brzdí enzymatické štěpení sacharidů přítomných v potravě. Tím se vstřebávání glukózy snižuje, hlavně po jídle.^[1]

4. Inhibitory dipeptidyl-peptidázy 4

Mezi tyto látky patří inkretinová mimetika a gliptiny. Jejich účinky zahrnují snížení postprandiální a lačné glykémie, pokles glykovaného hemoglobinu, snížení hladin glukagonu a mírné snížení chuti k jídlu.^[1]

1.7.2 Nefarmakologická léčba

Účelná léčba diabetu spočívá v dodržování režimových opatření, mezi která patří dieta, pitný režim, pohyb, odpočinek a psychohygiena.

1.7.2.1 Léčba dietou

Standardy pro dietní léčbu diabetu, jež byly v roce 1999 přijaty Českou diabetologickou společností, jsou platné dodnes a téměř se neliší od zásad racionální výživy a od doporučení, která byla zavedena z důvodu prevence dalších civilizačních chorob.^[1]

Cíle dietní terapie

Cílem léčby je zajištění normoglykémie, přiměřené tělesné hmotnosti a krevního tlaku pod hodnotu 130/80 mm Hg.^[14]

Splnění cíle vyžaduje:

- dosažení a udržení vhodné hladiny krevních lipidů
- prevence akutních i pozdních komplikací
- vyvážená energetická bilance, kterou bude dosaženo:
 - optimální hmotnosti, kterou si pacient bude schopen udržet
 - normálního průběhu růstu a vývoje u dětí a adolescentů
 - těhotenství a laktace bez komplikací
 - schopnosti zvládnout během nemoci katabolické stavy^[1]

Diabetické diety

Česká diabetologická společnost doporučuje rozvrhnout denní energetický příjem na 55 – 60 % sacharidů, maximálně 30 % tuků, z toho maximálně 10 % nasycených mastných kyselin (MK) a především pak 20 % nenasycených mastných kyselin, bílkovin pak z celkového denního energetického příjmu 15 %. Takto upravená dieta nerozlišuje mezi diabetem 1. a 2. typu.^[14]

Základní diabetické diety mají 4 stupně:

- A. 175 g sacharidů a 6300 KJ
- B. 225 g sacharidů a 7560 KJ
- C. 275 g sacharidů a 8610 KJ
- D. 325 g sacharidů a 10080 KJ^[10]

Energetická a biologická hodnota diabetické diety

Energetická hodnota: diabetik by měl splňovat podmínku vyvážené energetické bilance, aby si udržel optimální hmotnost. Při odhadu energetické potřeby je dnes nejvíce využívána Harrisova a Benedictova formule.^[14]

Je však potřeba pro výpočet zohlednit hmotnost pacienta, orientačně si vyhodnotit jeho BMI (body mass index). Vykazuje-li pacient podvýživu nebo nadváhu, je vhodné vypočítat jeho ideální hmotnost a pracovat při stanovení energetické potřeby pacienta na den s hmotností ideální.^[14]

Zdrojem energie pro organismus jsou tuky, sacharidy a bílkoviny.

Biologická hodnota stravy: racionální strava obsahuje veškeré živiny a je základem diabetické diety. Nejdůležitějším aspektem v diabetické dietě je výběr a množství sacharidů, nízký obsah živočišných tuků a dostatek rozpustné vlákniny.^[14]

Význam vybraných složek výživy v diabetické dietě

Sacharidy

Sacharidy akutně ovlivňující glykémii dělíme na mono- a disacharidy s rychlým nástupem účinku a polysacharidy s pomalejším nástupem účinku. Pro jednodušší orientaci diabetiků v obsahu sacharidů v potravinách a potažmo v dietě během dne byly definovány tzv. výměnné jednotky. Výměnnou jednotkou se rozumí množství potravy, která obsahuje 10g (v Německu 12g) sacharidů. Neméně důležité je dbát na konzumaci potravin s ohledem na hodnotu jejich glykemického indexu. Jedná se o to, že potraviny se stejným obsahem sacharidů mohou vyvolat různou postprandiální glykémii.^[14] [BARTOŠ, Vladimír, 2003, s. 105] *Glykemický index je definován jako plocha pod křivkou glykémie během tří hodin po požití dané potravy, vyjádřena jako procento plochy pod křivkou po požití stejného množství glukózy (většinou 50g).*

Vláknina

Doporučená dávka vlákniny je 30 g/den. Vlákninu lze definovat jako rostlinný materiál, jenž je odolný vůči trávicím enzymům gastrointestinálního traktu. Začleňuje některé polysacharidy jako například celulózu a hemicelulózu (tzv. hrubá vláknina), ale i pektiny, gumy, mucinózní látky a také lignin, který je jedinou nesacharidovou částí.^[9] Pojem „hrubá vláknina“ představuje zbytky potravy, které zůstanou i přes působení kyselin a zásad nestráveny. Patří sem celulóza, lignin a některé hemicelulózy, které jsou obsaženy především v celozrnných a moučných výrobcích i obilných otrubách.^[1]

Velký význam má rozpustná vláknina, která zvyšuje viskozitu potravy, snižuje celkový cholesterol i LDL, ale hladinu HDL neovlivňuje, snižuje však koncentraci triacylglycerolů. Mezi nejdůležitější zdroje rozpustné vlákniny patří luštěniny a jablečný pektin.^[14]

Tuky

Porucha metabolismu lipidů je u diabetiků charakterizována zvýšením LDL cholesterolu, snížením HDL cholesterolu a zvýšením triacylglycerolů v plazmě. Nízkotučná a nízkocholesterolová diabetická dieta vede ke snížení plazmatického cholesterolu o 15–20 %. Přibližně 90 % lipidů je přijato ve formě triacylglycerolů, ze kterých se uvolňují mastné kyseliny.^[14]

Mastné kyseliny (MK) dělíme na:

- nasycené MK (SFA)
- nenasycené MK
 - mononenasycené MK (MUFA)
 - polynenasycené MK (PUFA)^[8]

Přívod nasycených mastných kyselin by neměl přesahovat 30 % z celkového přijatého množství tuků. Mononenasycené mastné kyseliny se jeví jako výhodné z hlediska inzulínové rezistence a metabolismu endogenních lipidů. MUFA mají antiaterogenní a antitrombogenní účinek a navíc antioxidační charakter. Jejich přívod by neměl být vyšší, než třetina z celkového příjmu tuků. Jejich příjem zvyšuje HDL cholesterol a snižuje koncentraci triacylglycerolů. Polynenasycené mastné kyseliny by také neměly být přijímány ve větším množství než jedna třetina celkového denního přívodu tuků. PUFA snižují LDL

cholesterol.^[14] Dodržování doporučeného příjmu především mononenasycených a polynenasycených MK je důležité v prevenci rozvoje cévních komplikací u diabetu.

Tekutiny

Množství tekutin, které by měl dospělý jedinec přijmout, se za běžných klimatických podmínek nachází v rozmezí 2 litrů tekutin u žen a 2,5 litrů tekutin u mužů za den. 80 % z tohoto množství by mělo pocházet z nápojů a 20 % představuje voda obsažená v potravinách a pokrmech.^[18]

Nejvhodnějším nápojem je kvalitní voda, v průběhu dne je možné také pít slabého čaje, neslazených minerálních vod, které by se měly střídat. Do pitného režimu se řadí i silný černý čaj a káva, ale doporučení pro denní spotřebu je 2 – 3 šálky. Naopak mléko ani pivo se do pitného režimu nepočítají, a proto je nutné s nimi počítat při kalkulaci inzulinu stejně jako u potravin.^[11]

Dieta v léčbě diabetu 1. typu

Úkolem regulované stravy je zabránit kolísání glykemií a rozvoji hypoglykémie.^[14]

Dieta diabetika 1. typu se od racionální stravy liší pouze vyšší frekvencí jídel a omezením potravin s vyšším obsahem sacharidů.

Průměrný body mass index diabetiků 1. typu se pohybuje ve spodním pásmu nadváhy. Dieta je založena na rovnoměrném příjmu sacharidů během celého dne. Protože u diabetika 1. typu je většinou léčba intenzifikovaným inzulinovým režimem, jsou mezi hlavní jídla vkládány svačiny. Důvody pro vložení malých jídel mezi velká jídla jsou dva:

- zabránění hypoglykémii po odeznění efektu velkého jídla za 3 – 6 hodin
- rozložení množství sacharidů do více menších dávek během dne^[12]

Pokud má diabetik 1. typu inzulinovou pumpu či je léčen krátkodobými inzulinovými analogy, pak lze svačiny mezi hlavními jídly vynechat.

Základní principy diety pro diabetes mellitus 1. typu

1. pravidelnost v jídle

- rozdělení do 6 jídel denně
- nemusí být zachována za každou cenu, to znamená, že diabetik by do jídla neměl být nucen

2. rovnoměrné rozdělení energie a sacharidů během celého dne
 - povolená denní dávka sacharidů by měla být rozdělena do 6 jídel
 - ke svačinám jsou vhodné 1 – 2 výměnné jednotky sacharidů
 - k hlavním jídlům je vhodných 4 – 6 výměnných jednotek sacharidů
3. dieta a úprava potravin by měla být antisklerotická
 - omezení živočišného tuku
 - vaření, dušení, pečení, grilování, příprava v mikrovlnné troubě^[12]

Dieta v léčbě diabetu 2. typu

Cílem dietní léčby diabetu 2. typu je snížení inzulínové rezistence, ovlivnění postprandiální glykémie a normalizace krevního tlaku a poruch lipidového spektra. Na základě snížení příjmu kalorií dochází k ovlivnění všech složek metabolického syndromu a zlepšení kompenzace diabetu.^[14]

Průměrný body mass index u diabetiků 2. typu leží v horním pásmu nadváhy. Přes 50 % diabetiků 2. typu je obézních a 40 % má nadváhu. Proto je základem dietní léčby redukční dieta. Hlavním opatřením redukční diety je obsah tuků.^[12]

Množství KJ v dietách se pohybuje od 4 000 – 5 000 KJ u diabetiků 2. typu, kteří redukují hmotnost, a 8 000 KJ u diabetiků 2. typu, kteří mají optimální hmotnost a dostatek fyzické aktivity.^[12]

Při sestavování diabetické diety je důležité zohlednit i stravovací zvyklosti diabetika jako jsou například averze nebo naopak oblíbená jídla. Samozřejmě vše v rámci příslušné redukční diety s vyloučením nevhodných potravin a technologických úprav.

Rozdíly mezi dietou diabetika 2. typu a obézního jedince nejsou příliš patrné. Pro diabetiky 2. typu i pro obézní jedince je společná antisklerotická strava, ale také využívání glykemického indexu. Redukční diety většinou nemívají více než 6 300 KJ a diabetická dieta s obsahem 150 g sacharidů obvykle v prvních letech léčby splňuje energetický požadavek na redukci hmotnosti.^[12]

Avšak větší pozornost by měly obě skupiny věnovat potravinám, označeným „light“ a „dia“. „Light“ potraviny sice mohou být pro obézní jedince vhodné, ale protože mají snížený energetický obsah pouze na úkor tuků, pak sacharidy snížené být nemusejí. „Dia“ potraviny bývají slazené náhradními sladidly, ale obsah energie nemusí být omezen, protože

většinou bývá obsah tuků zachován nebo dokonce zvýšený. Tyto potraviny tedy nemusí být vhodné pro obézní jedince ani obézní diabetiky 2. typu.^[12] Doporučování těchto potravin není vhodné, protože diabetikům neposkytují žádné výhody ve srovnání s běžnými potravinami dostupnými na trhu.^[4]

Základní principy diety pro diabetes mellitus 2. typu

1. pravidelnost v jídle

- dlouhodobější lačnění by mohlo vést k zhoršení glukózové tolerance

2. rozdělení energie a sacharidů během dne

- množství sacharidů by ráno mělo být sníženo z důvodu horší tolerance glukózy v ranních hodinách
- rozdělení jídel do 3 – 6 menších porcí

3. dieta a úprava potravin by měla být antisklerotická

- omezení živočišného tuku
- vaření, dušení, pečení, grilování, příprava v mikrovlnné troubě^[12]

Rozdíly mezi dietou diabetika 1. a 2. typu

Podle prof. MUDr. Štěpána Svačiny, DrSc., MBA^[12] jsou rozdíly mezi dietou diabetika 1. typu a 2. typu následující:

1. Diabetik 1. typu musí mít velmi pravidelný dietní režim s rozdělením jednotlivých jídel do 6 porcí během dne. Mezi jednotlivými jídly by neměly být přestávky delší než 2 – 3 hodiny, aby nedošlo vlivem působení aplikovaného inzulínu k hypoglykémii. Diabetik 1. typu je náchylný ke vzniku ketoacidózy a trvalý přísun malých dávek sacharidů ji zabraňuje.
2. Naopak u diabetika 2. typu není riziko vzniku ketoacidózy tak velké, a proto delší pauzy mezi jednotlivými jídly nejsou tak nebezpečné. Především pokud je pacient léčen perorálními antidiabetiky, je časové rozvržení diety volnější a malá jídla se mohou úplně vynechat. Vzhledem k neschopnosti metabolizovat větší dávky sacharidů je nutné, aby byl jejich přísun v menších dávkách. Počet těchto dávek je závislý na celkovém doporučeném energetickém příjmu.
3. Pokud diabetik 1. typu není obézní, pak stejně jako zdravý člověk nemá celkový energetický příjem výrazně omezen.

4. U diabetiků 2. typu, kteří mají sklony k narůstání hmotnosti s ohledem na celoživotní vývoj metabolického syndromu až k obezitě. Proto je nutné, aby byla dodržována redukční dieta.^[12]

Pro oba typy diabetu nelze stanovit univerzální dietu, ale co je pro stravování diabetiků obou typů společné, jsou zásady antisklerotické diety. Pokrmy jsou připravovány šetřícími technologiemi jako je pečení, dušení, vaření, ale i grilování a příprava jídel v mikrovlnné či horkovzdušné troubě. Při přípravě volíme způsoby bez použití tuků, popřípadě jej dáváme až do hotových pokrmů, tak kromě zabránění přepalování tuků získáváme přehled o množství tuků na porci.^[12]

1.7.2.2 Pohyb

V souvislosti s diabetem 2. typu se hovoří o nedostatečné pohybové aktivitě a rozvoji metabolických komplikací. Pravidelný pohyb snižuje inzulinovou rezistenci, a právě proto je nedílnou součástí, léčby diabetu 1. a 2. typu.^[10]

Před doporučením režimových změn je potřeba u každého pacienta zvážit druh pohybové aktivity, její množství a intenzitu s ohledem na věk, fyzickou zdatnost a přidružená onemocnění. Správná volba fyzické aktivity je důležitá nejen z důvodu omezení rizika vzniku komplikací při nepřiměřené aktivitě, ale i pro správnou motivaci pacienta.^[13] Fyzická aktivita musí být kombinována se správnou dietou a musí vyhovovat schopnostem pacienta.^[10]

1.7.2.3 Odpočinek

Pokud je diabetik správně léčen, může vykonávat jakoukoli práci, kterou chce a na kterou má kvalifikaci. Obecně však není doporučována práce s nepravidelným režimem, ať už stravovacím, spánkovým, či zaměstnání s velkou psychickou zátěží.^[12]

1.7.2.4 Psychohygiena

Protože diabetes je onemocnění celoživotní, musí se pacient s tímto problémem umět vyrovnávat. Obecně lze říci, že chronická onemocnění představují pro pacienta stres. U osob s chronickým onemocněním jsou často pozorovány změny chování, které jsou důsledkem změny jejich dosavadní sociální role. Pacienti se stávají do určité míry závislí na pomoci druhých a jsou vázáni určitými pravidly, která se na změně jejich dosavadního životního stylu podílejí v nemalé míře.^[7]

K tomu, aby pacient tyto změny zvládal co nejlépe a nedocházelo k negativnímu ovlivnění průběhu nemoci, by měl být pacient správně edukován. K dalšímu vývoji psychiky dochází v rodině, která by měla pacienta podporovat, a to nejen v léčbě nemoci, ale i v jeho aktivitách, které pro něj představují relaxaci.

1.7.2.5 Komplikace

Komplikace diabetu lze rozdělit na:

- Akutní
 - hypoglykémie
 - stav, při kterém dochází k poklesu glykémie pod hranici 3,0 mmol/l
 - vznik může být během několika minut či hodin
 - hyperglykemické stavy
 - stav, při kterém dochází ke zvýšení glykémie, z důvodu neschopnosti buněk využívat jako zdroj energie sacharidy pro nedostatek inzulinu
 - vyvíjí se delší dobu
 - laktátová acidóza
 - u diabetiků může být komplikací léčby biguanidy
 - další akutní komplikace
 - nekróza renálních papil, diabetická gastroparéza
- Chronické komplikace
 - mikrovaskulární komplikace
 - nefropatie
 - retinopatie
 - neuropatie
 - makrovaskulární komplikace
 - orgánová postižení vznikající na základě poškození velkých cév
 - syndrom diabetické nohy
 - příčinou je komplex neuropatických, ischemických a tlakových změn spolu s častou infekcí
 - další chronické komplikace
 - inklinují k infekcím kůže, gastrointestinálního traktu, plic a močovým infekcím^[12]

1.8 Edukace diabetika

Edukací rozumíme výchovu diabetika k samostatnému zvládnání diabetu a lepší spolupráci se zdravotníky. Bez edukace je léčba diabetu nemyslitelná. Proto je nutné předávat pacientovi informace včas. Informace musejí být pro diabetika srozumitelné a jednoduché.

K selhání dietní léčby většinou dochází z důvodů neefektivní edukace, jejíž příčina může být v nedostatku nutričních terapeutů v zařízeních, nevhodné individualizaci diety či nevhodných způsobech edukace.^[16]

Zcela odlišné budou u seniorů v domácím prostředí, kteří ambulantně docházejí na kontrolu do odborné diabetologické ambulance. Vhodná je zde komplexní vstupní edukace jednorázová, případně vícerázová, kdy je pacient nutričním terapeutem dostatečně poučen o všech aspektech diabetické diety. Do edukace mohou být zapojeni také členové rodiny. V případě výskytu akutních komplikací, případně na doporučení diabetologa je vhodné v průběhu léčby provádět reedukaci pacienta.

Pacient, který je hospitalizován či pobývá v sociálním zařízení, má stravování zajištěno touto institucí. Předpokladem je, že je mu podávána diabetická dieta. Nutriční terapeut nese zodpovědnost za správné složení diabetické diety jak po kvantitativní, tak po kvalitativní stránce. Úloha edukace nutričním terapeutem ve zdravotnickém zařízení je nutná před propuštěním pacienta do domácí péče, je-li pacient již hospitalizován jako diabetik, provádí se reedukace. Opětovné připomenutí zásad diabetické diety a případné hledání chyb, které pacient v diabetické dietě dělá, je velmi důležité.

Pobývá-li senior s diabetem v sociálním zařízení, je úlohou edukace především objasnění pravidelného stravování, které je klientovi poskytnuto, aby neporušoval v průběhu dne diabetickou dietu příjmem nevhodných pokrmů, potravin či nápojů.

2. Péče o seniory

2.1 Stárnutí

Stárnutí je přirozený proces každého živého organismu. Jednotná, obecně platná definice stáří neexistuje – známe desítky různých definic reflektujících kontext různých vědních oborů a odborníků. Přesnému vymezení pojmů brání intraindividuální a interindividuální variabilita, sociokulturní aspekty hodnocení stáří a prodlužující se věk. Nejvhodnějším významově neutrálním pojmem pro specifické označení starého člověka je senior. Stárnutí má určité společenské fenomény. Periodizace stáří je odlišná podle toho, zda vychází z kalendářního věku (chronologický věk), z demografických aspektů (postreprodukční věk), z desetiletých etap dělení (mladší, starší a velmi staří senioři), z doporučení WHO (rané stáří, vlastní stáří, senescence a dlouhověkost). Nejnovější rozdělení – senior (60 – 79 let) a starý senior (nad 80 let). Rozmanité jsou také teorie stárnutí (biologické teorie, sociální teorie).^[6]

Stárnutí populace je jedním z významných demografických trendů současné doby, které se v celosvětovém měřítku stává problémem 21. století. Seniorů v naší populaci přibývá jednak relativně- poklesem porodnosti, tak i absolutně- prodlužováním střední délky života.

K obecným rysům stárnutí patří fyziologické změny v organismu, které ovlivňují metabolické procesy ve stáří. S věkem se zvyšuje podíl tukové tkáně (zejména hromadění tuku ve viscerálních orgánech) a dochází k poklesu svalové hmoty. Dalším rysem stárnutí je snížení elasticity orgánů a tkání, významná je snížená funkce endokrinních žláz, mění se vzhled kůže, v oběhovém systému klesá průtok krve všemi orgány, změny jsou patrné jak v systému respiračním, trávicím, tak ve vylučovacím i nervovém.

Do psychologického stárnutí zahrnujeme všechny změny psychiky, které se s rostoucím věkem vyskytují stále častěji. U intelektových schopností se úroveň některých z nich nemění, naopak u jiných úroveň klesá. Objevuje se i pokles celkové schopnosti psychické adaptability. Adaptační potíže starých lidí ve složitých situacích souvisejí s negativními změnami v procesu učení. Na kvalitě psychiky ve stáří se nejvíce podílí osobnost člověka a její úroveň, která má pro stáří větší význam, než vlastní kalendářní věk. Ve struktuře osobnosti se může přesouvat pořadí potřeb, hodnot a cílů.

Významným aspektem stárnutí jsou i změny v sociální oblasti, které jsou spojeny s odchodem do důchodu, s ekonomickým zajištěním starého člověka, se samotou a sociální izolací, s generační osamělostí, se strachem z opuštěnosti.

2.2 Pobyťová zařízení pro seniory

Stáří neznamena konec života. Etapa stáří je stejně důležitá jako každá jiná a zaslouží si pozornost a zájem nejen ze strany samotného seniora, ale i ze strany pomáhajících profesí a také ze strany státní sociální a zdravotní politiky.

Institucionální péče je nejvyšším stupněm v zabezpečování všech potřeb seniora, který je na ni odkázán v důsledku zdravotních nebo sociálních změn, po celých 24 hodin. Při koncipování zdravotní a sociální péče o seniory je zapotřebí akceptovat velkou heterogenitu této populace. Je nutný individualizovaný přístup k potřebám seniorů. V péči o seniory platí princip komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky, které musejí být poskytovány současně.

Zdravotní péče zahrnuje ambulantně léčebně preventivní péči a zdravotní ústavní péči. Cílem je pak zachování zdraví a soběstačnosti.

Mezi pobyťová zdravotnická zařízení řadíme:

- lůžková geriatriká oddělení- přijímají se zde zpravidla nemocní nad 70 let věku s polymorbiditou, zhoršenou adaptací, sníženou soběstačností a složitou sociální situací
- léčebny dlouhodobě nemocných- zde je poskytována ošetrovatelská péče s léčebnou rehabilitací, aby byl pacientovi zajištěn návrat do domácího prostředí nebo přechod do sociální instituce
- gerontopsychiatrická lůžka- poskytují psychiatrickou péči u akutních, ale zejména chronických psychiatrických onemocnění
- hospice jsou nestátní zdravotnická zařízení. Cílem je zlepšit kvalitu života nevyléčitelně nemocných a umírajících.
- odbornou péči poskytují také specializované rehabilitační ústavy

Sociální péči zajišťuje stát pomoc starým občanům, jejichž příjmy nejsou dostatečně zabezpečeny dávkami důchodového zabezpečení, a kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a věku nebo nemohou bez pomoci společnosti překonat obtížnou životní situaci. Sociální péče je poskytována prostřednictvím orgánů sociálního zabezpečení.

Mezi pobytová sociální zařízení pro seniory řadíme:

- domovy pro seniory- poskytují pomoc starým mobilním lidem, kteří čekají a umístění v některém ze zařízení ústavní sociální péče
- penziony pro důchodce- jsou určeny pro staré nebo invalidní občany, jejichž zdravotní stav nevyžaduje komplexní péči a umožňuje jim vést poměrně samostatný život
- domovy seniorů- jsou určeny především pro staré občany vyžadující komplexní péči, kterou jim nemůže zajistit rodina ani pečovatelská služba
- specializované sociální ústavy- poskytují péči také seniorům tělesně, smyslově a mentálně postiženým

2.3 Diabetes mellitus ve stáří

Naše populace stárne, a proto jsem tuto bakalářskou práci zaměřila na seniory, kterým je potřeba věnovat zvláštní péči, zvláště, při vzniku onemocnění.

Diabetes mellitus je onemocněním, jehož léčba se stává z několika navzájem propojených aspektů, které jsou o to podstatnější, když je diabetes mellitus diagnostikován ve vyšším věku.

Jeden z hlavních předpokladů úspěšné léčby diabetu mellitu je edukace, především pak při vzniku komplikací, od níž se pak odvíjí i výživa a pohybová aktivita. Zvláště u seniorů musí mít edukace svá specifika. Starší osoby se hůře přizpůsobují a učí novým věcem, proto by měla být edukace jednoduchá. Při těchto omezeních může být efektivní použití vizuálních pomůcek.

Ve stáří jsou často přítomná chronická onemocnění, trvající několik let, často s mnohými komplikacemi. Tyto komorbidity mohou pro nemocného představovat velká omezení především v pohybu, a tím také snižovat kvalitu jejich života.

V této bakalářské práci je věnována pozornost pobytu seniora v pobytových zařízeních ve vztahu k diabetu mellitu. V tomto ohledu se zaměřujeme na to, jaká je úroveň edukace

v jednotlivých pobytových zařízeních. Zda mají senioři dostatečné informace o základním onemocnění, léčebném procesu a komplikacích diabetu mellitu. Dále hovoříme o tom, jak samotní diabetici přistupují k léčbě tohoto onemocnění, tedy zda léčebný režim dodržují, a do jaké míry pro ně představují pobytová zařízení motivaci. Motivací k dodržování léčebných opatření je myšleno, zda jsou senioři motivováni chutnou stravou, možnosti získávat v zařízení potřebné informace a také možnosti pohybových aktivit, především s pomocí fyzioterapeuta.

Mezi jednotlivými pobytovými zařízeními existuje mnoho rozdílů, ale pokud hovoříme o aspektech léčby, měly by být zajištěny ve všech pobytových zařízeních. Mezi předpokládané odlišnosti patří například úroveň edukace diabetiků nebo chutnost stravy odvíjející se od výše stravovací jednotky.

3. Praktická část

3.1 Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit:

1. Kdo a jakým způsobem provádí edukaci seniorů s diabetem mellitem v pobytových zařízeních.
2. Jak senioři dodržují léčebná opatření související s diabetem mellitem.
3. Zda jsou senioři diabetici informováni o důležitých aspektech léčby a prevence diabetu mellitu.

3.2 Formulace hypotéz

Na základě stanoveného cíle práce, jsem sestavila následujících šest pracovních hypotéz, ve kterých předpokládám, že:

H₁ Ve zdravotnických zařízeních je kladen na edukaci větší důraz, než v sociálních zařízeních.

H₂ Většina respondentů po dobu pobytu v pobytových zařízeních byla v kontaktu s nutričním terapeutem.

H₃ Respondenti v pobytových zařízeních si jsou vědomi důležitosti diety, ale přesto ji většina respondentů porušuje.

H₄ Respondenti v pobytových zařízeních jsou informováni o důležitosti pohybové aktivity, ale přesto většina respondentů fyzicky aktivní není.

H₅ Většina respondentů v pobytových zařízeních je informována o možných komplikacích diabetu mellitu.

H₆ Se stravou jsou respondenti spokojeni více v sociálních zařízeních, než respondenti ve zdravotnických zařízeních.

3.3 Operacionalizace

Rozsah edukace v jednotlivých pobytových zařízeních ověřují otázky č. 3, 7, 8, 10, 20. Výše uvedené otázky ověřují, zda respondenti vědí, jakým typem diabetu mellitu trpí, zda byli informováni o komplikacích a o diabetické dietě. A nakolik byly tyto informace srozumitelné.

Otázka č. 11 ověřuje možnost konzultace s nutričním terapeutem a následně otázka č. 12 zjišťuje, zda respondenti tuto možnost využili. Otázka č. 9 zjišťuje, kým je prováděna edukace v pobytových zařízeních.

Hlavní úlohu v léčbě diabetu hraje dieta včetně pitného režimu. Jakou důležitost dietě přikládají respondenti a zda ji dodržují, ověřují otázky č. 4, 13, 15, 16, 17. Otázka č. 18 se konkrétně zaměřuje na množství tekutin vypitých za den.

Nakolik se respondenti věnují fyzické aktivitě, ověřují otázky 19 a 21.

Otázka č. 5 zjišťuje, jak dlouho respondenti trpí diabetem mellitem. Otázky č. 6 a 7 dokládají, nakolik jsou respondenti informováni o možných komplikacích diabetu mellitu.

Otázka č. 14 se dotazuje na spokojenost respondentů se stravou v daném pobytovém zařízení.

V úvodu práce jsou dvě otázky statistické, které se dotazují na pohlaví a věk respondentů, přičemž věk nad 60 let byl vstupním kritériem pro vyplnění dotazníku.

Za většinu považujeme více než 60 % respondentů. Za převážnou většinu pak více než 75 % respondentů. Polovina je 50 % respondentů.

3.4 Metoda sběru dat

K dosažení stanoveného cíle byla zvolena pracovní metoda anonymního dotazníkového šetření, pro kterou byl použit dotazník vlastní konstrukce. Dotazník je součástí příloh.

Dotazník obsahuje 19 otázek různého typu (uzavřené, polootevřené a výběrové) a 2 otázky statistické. Vyplnění dotazníku trvá přibližně 10 minut.

Součástí dotazníku jsou otázky zaměřené na stravování seniorů diabetiků, jejich edukaci o základním onemocnění a diabetické dietě, pitný režim a také pohybovou aktivitu.

Ke každému dotazníku byly přiloženy informace, které byly respondentům podány před vyplněním dotazníku. Tento informační materiál je součástí příloh.

Dotazníková metoda, jedna z forem výzkumu, je soubor předem připravených jasně formulovaných otázek. Jedná se o kvantitativní techniku, jejíž výhodou je rychlé a ekonomicky nenáročné shromažďování dat od velkého počtu respondentů. Navíc umožňuje dotazovaným větší možnost rozvážení si odpovědí. Nevýhodou dotazníku jsou vysoké nároky na ochotu a čas respondenta, protože pouze na jeho uvážení závisí, zda dotazník vyplní celý, či nikoli.^[3]

V jednotlivých pobytových zařízeních byly dále rozdány dotazníkové protokoly pro personál zařízení. Tyto protokoly vyplňoval vždy personál, neboť informace, které tímto způsobem byly zjišťovány, nebylo možné získat od respondentů. Dotazníkový protokol je součástí příloh.

Vyplnění protokolu zabírá v průměru 5 minut.

V protokolu jsou otázky dotazující se na stravování, personální vybavenost a edukaci zaměřenou na diabetes mellitus. Protokoly pro zdravotnická zařízení obsahovaly 9 otázek. Pro sociální zařízení 11 otázek, kde byly navíc doplněny 2 otázkami zjišťujícími vybavenost lékařem a diabetologem.

3.5 Organizace výzkumu

Shromažďování údajů probíhalo v průběhu měsíce října a listopadu 2011.

Oslovena byla skupina seniorů diabetiků v pobytových zařízeních. Respondenti byli seznámeni s dotazníkovou akcí prostřednictvím informovaného souhlasu.

Dotazníky byly rozdány do pěti zdravotnických zařízení a šesti sociálních zařízení. Celkový počet rozdaných dotazníků v sociálních zařízeních byl 90 a ve zdravotnických zařízeních pouze 75. V každém z pobytových zařízení personál rozdal 15 dotazníků osobám dle vstupních kritérií, která jsou také součástí příloh.

Ve zdravotnických zařízeních se jednalo o pacienty na lůžcích akutní péče, v sociálních zařízeních byli osloveni klienti na odděleních pro soběstačné seniory v běžných úkonech osobní péče.

3.6 Charakteristika souboru

Zkoumaný vzorek tvořilo 119 respondentů z 11 pobytových zařízení v Praze.

Návratnost dotazníků byla v sociálních zařízeních 77% a ve zdravotnických zařízeních 83%. Některé z vrácených dotazníků však nebyly řádně vyplněny. Ke zpracování dat byly použity z každého zařízení pouze dotazníky kompletně vyplněné respondenty, kteří splňovali vstupní kritéria. Ze sociálních zařízení tedy bylo využito 70 % a ze zdravotnických zařízení 75 % zcela vyplněných dotazníků.

Tabulka 2- Vstupní kritéria pro vyplnění dotazníku v pobytových zařízeních

	Zdravotnická zařízení	Sociální zařízení
věk	≥ 60 let	≥ 60 let
diagnóza	diabetes mellitus	diabetes mellitus
pobyt	lůžková oddělení	domovy pro seniory
informovaný souhlas	ano	ano
další	schopnost a ochota spolupracovat	schopnost a ochota spolupracovat

Tabulka 3- charakteristika zdravotnických zařízení dle získaných protokolů

Zdravotnická zařízení					
	1	2	3	4	5
stravovací jednotka (Kč/os/den)	54	95	neposkytnuto	neposkytnuto	79
přítomnost nutričního terapeuta	ano	ano	ano	ano	ano
kdo provádí edukaci	NT	NT, L	NT	NT	NT
způsob edukace	písemná forma	písemná forma	písemná forma	písemná forma	slovní forma
frekvence edukací	dle potřeby	při dekompenzaci či nejasnostech, u DM 1. typu častěji	dle potřeby	dle potřeby	dle potřeby
potřebnost edukace	zásadní	zásadní	důležitá	zásadní	zásadní
využití redukčního režimu u osob s DM	60 %	66 %	10 %	70 %	0 %
počet lůžek	180	24	98	22	65
návratnost dotazníků	93%	73%	86%	93%	67%

Tabulka 4- charakteristika sociálních zařízení dle získaných protokolů

Sociální zařízení						
	1	2	3	4	5	6
stravovací jednotka (Kč/os/den)	136	130	120	127	145	140
přítomnost NT	ano	ano	ano	externí	ano	ano
kdo edukuje	VS, NT	NT	NT	VS	NT	NT
způsob edukace	slovní forma	písemná a obrázková forma	písemná a obrázková forma	slovní forma	písemná a obrázková forma	písemná a obrázková forma
frekvence edukací	dle potřeby	dle potřeby	dle potřeby	dle potřeby	dle potřeby	dle potřeby
důležitost edukace	důležitá	důležitá	zásadní	důležitá	důležitá	zásadní
využití redukčního režimu u osob s DM	25 %	0 %	0 %	0 %	0 %	30 %
počet lůžek	280	218	200	77	239	150
přítomnost lékaře	ne	externí	ne	ne	externí	externí
přítomnost diabetologa	ano	ano	externí	externí	ano	ano
návratnost dotazníků	73%	67%	80%	80%	73%	87%

Součástí protokolu bylo také poskytnutí dvoutýdenního jídelníčku daného pobytového zařízení. Jídelníčky se nepodařilo získat od všech 11 pobytových zařízení, tudíž byly vyhodnoceny jídelníčky, které byly k dispozici.

Jídelní lístky byly hodnoceny ve vztahu k počtu jednotlivých porcí za den. V 10 jídelních lístcích byly obsaženy všechny denní porce včetně druhé večeře.

Dále bylo hodnoceno, jaké potraviny jsou pro stravování diabetiků využívány. V průměru to byly potraviny, které se běžně využívají ve stravovacích provozech pro pobytová zařízení. V tomto směru byly jídelníčky velmi podobné a podávané pokrmy nebyly překvapením.

3.7 Popis a interpretace výsledků

Statistické údaje

Otázka 1: Jste muž nebo žena?

Tabulka 5 – Pohlaví

	Absolutní počty	Procenta
muž	50	42 %
žena	69	58 %

Otázka 2: Kolik je Vám let?

Tabulka 6 – Věk

	Absolutní počty	Procenta
60 – 65	42	35,3 %
66 – 70	25	21 %
71 – 80	32	26,9 %
81 a více	20	16,8 %

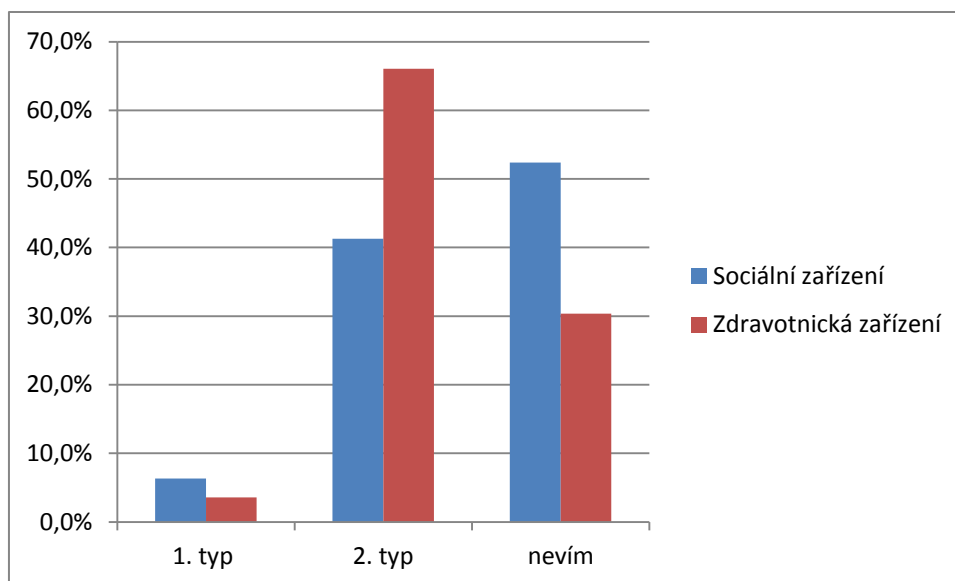
Věk nad 60 let byl vstupním kritériem pro vyplnění dotazníku.

Otázka 3: Jakým typem diabetu mellitu (cukrovky) trpíte?

Tabulka 7 – Typ diabetu mellitu

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
1. typ	4	2	6	6,3 %	3,6 %
2. typ	26	37	63	41,3 %	66,1 %
jiný	0	0	0	0 %	0 %
nevím	33	17	50	52,4 %	30,4 %

Graf 1 – Typ diabetu mellitu



$N_{SZ}= 63$, $N_{ZZ}=56$, $N_{celkem}=119$

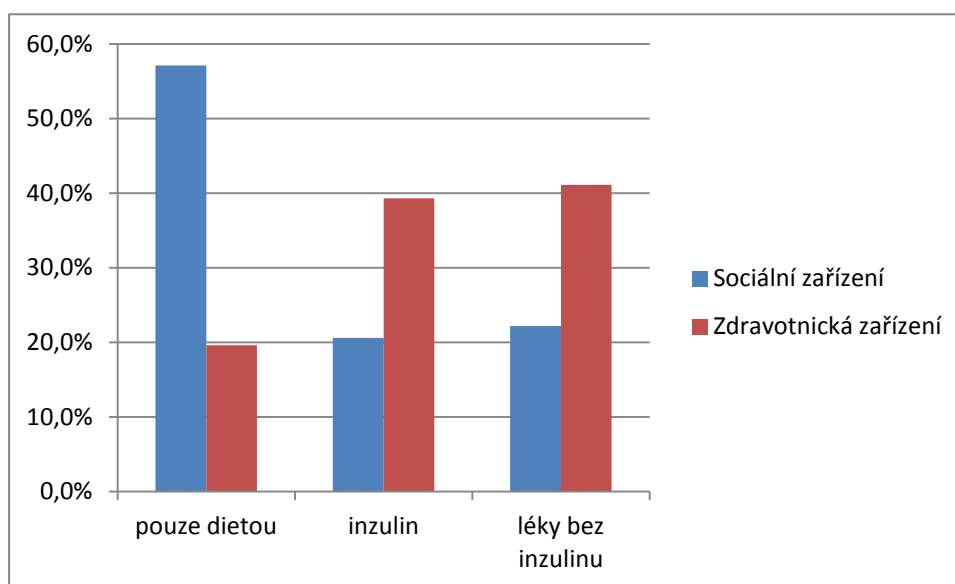
6 respondentů uvedlo, že trpí diabetem mellitem 1. typu, 63 respondentů uvedlo, že trpí diabetem mellitem 2. typu a 50 respondentů neví, jakým typem diabetu mellitu trpí.

Otázka 4: V současné době je Vaše léčba diabetu mellitu (cukrovky):

Tabulka 8 – Léčba diabetu mellitu

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
pouze dietou	36	11	47	57,1 %	19,6 %
léky bez inzulinu	14	23	37	22,2 %	41,1 %
inzulinem	13	22	35	20,6 %	39,3 %

Graf 2 – Léčba diabetu mellitu



$N_{SZ}= 63$, $N_{ZZ}=56$, $N_{celkem}=119$

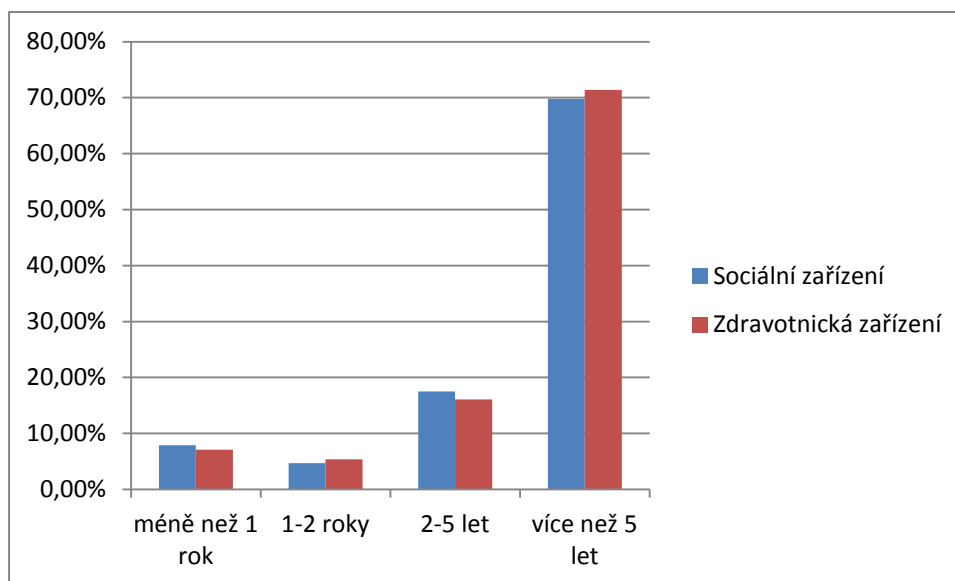
47 respondentů uvádí, že jejich léčba spočívá pouze v dietě, u 37 respondentů je léčba založena na perorálním užívání antidiabetik a 35 respondentů je léčeno inzulinem.

Otázka 5: Jak dlouho trpíte diabetem mellitem (cukrovkou)?

Tabulka 9 – Doba onemocnění

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
méně než 1 rok	5	4	9	7,9 %	7,1 %
1-2 roky	3	3	6	4,7 %	5,4 %
2-5 let	11	9	20	17,5 %	16 %
více než 5 let	44	40	84	69,8 %	71,4 %

Graf 3 – Doba onemocnění



$N_{SZ}= 63$, $N_{ZZ}=56$, $N_{celkem}=119$

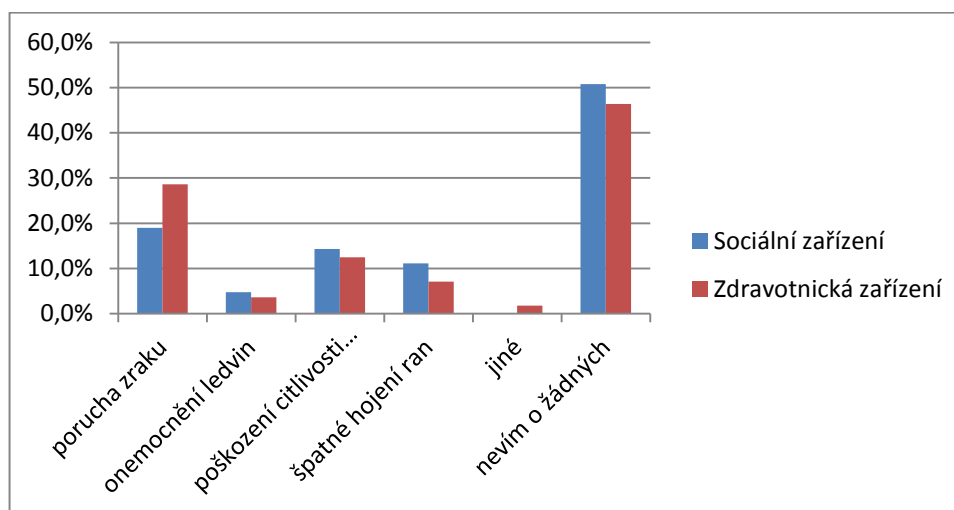
9 respondentů uvedlo, že trpí diabetem mellitem po dobu kratší než 1 rok, 6 respondentů uvedlo, že trpí tímto onemocněním 1-2 roky, 20 respondentů 2-5 let a 84 respondentů trpí diabetem po dobu delší než 5 let.

Otázka 6: Trpíte nějakými dlouhodobými komplikace diabetu mellitu (cukrovky)?

Tabulka 10 – Výskyt dlouhodobých komplikací

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
porucha zraku	12	16	28	19 %	28,6 %
onemocnění ledvin	3	2	5	4,8 %	3,6 %
poškození citlivosti končetin	9	7	16	14,3 %	12,5 %
špatné hojení ran	7	4	11	11,1 %	7,1 %
jiné	0	1	1	0 %	1,8 %
nevím o žádných	32	26	58	50,8 %	46,4 %

Graf 4 – Výskyt dlouhodobých komplikací



$N_{SZ}= 63$, $N_{ZZ}=56$, $N_{celkem}=119$

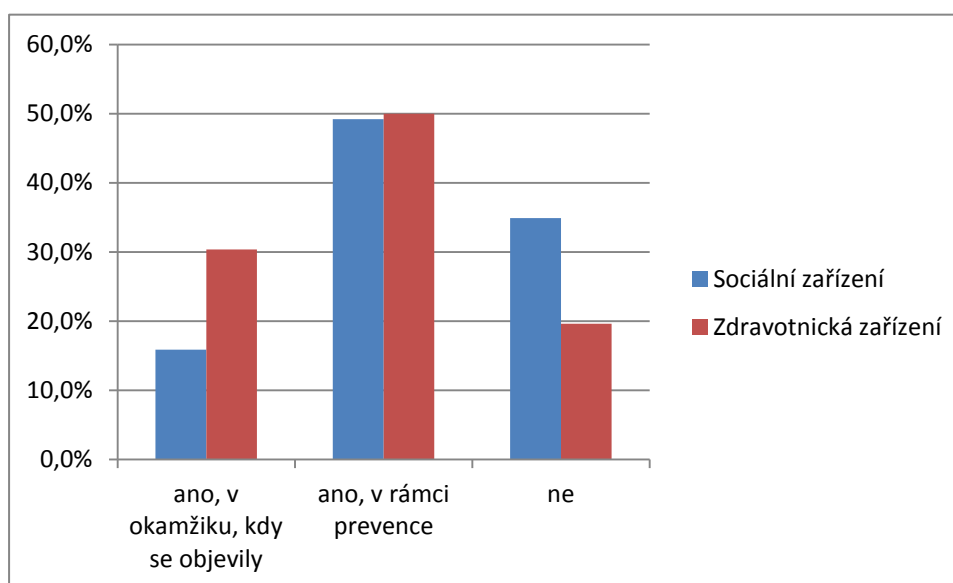
Poruchou zraku trpí 28 respondentů, onemocněním ledvin 5 respondentů, k poškození citlivosti končetin došlo u 16 respondentů, u 11 respondentů dochází ke špatnému hojení ran. Pouze 1 respondent uvedl jako dlouhodobou komplikaci pocení, což svědčí o neinformovanosti respondenta. 58 respondentů uvedlo, že netrpí žádnou dlouhodobou komplikací.

Otázka 7: Byli jste informováni o výše uvedených komplikacích diabetu mellitu (cukrovky)?

Tabulka 11 – Informovanost o komplikacích diabetu mellitu

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
ano, v rámci prevence	31	28	59	49,2 %	50 %
ano, v okamžiku, kdy se objevily	10	17	27	15,9 %	30,4 %
ne	22	11	33	34,9 %	19,6 %

Graf 5 – Informovanost o komplikacích diabetu mellitu



$N_{SZ}=63$, $N_{ZZ}=56$, $N_{celkem}=119$

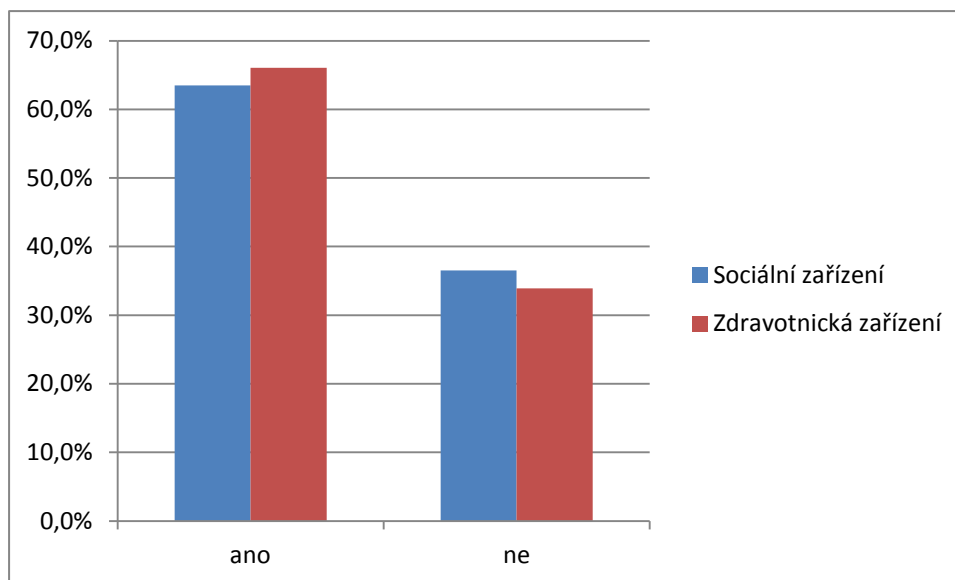
59 respondentů uvedlo, že o komplikacích bylo informováno v rámci prevence, čili dříve, než se komplikace objevily, 27 respondentů se o komplikacích dozvídá v okamžiku jejich vzniku a 33 respondentů o komplikacích nebylo informováno vůbec.

Otázka 8: Byly Vám během pobytu v tomto zařízení poskytnuty informace o diabetické dietě?

Tabulka 12 – Informovanost o diabetické dietě

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
ano	40	37	77	63,5 %	66,1 %
ne	23	19	42	36,5 %	33,9 %

Graf 6 – Informovanost o diabetické dietě



$N_{SZ}= 63$, $N_{ZZ}=56$, $N_{celkem}=119$

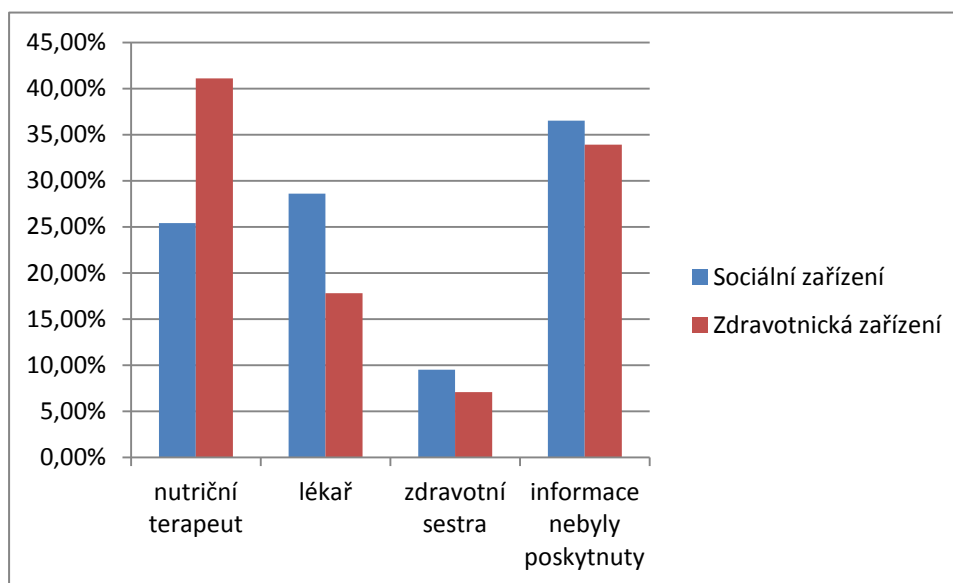
Během pobytu v pobytovém zařízení byly poskytnuty informace o diabetické dietě 77 respondentům, zatímco 42 respondentů žádné informace o diabetické dietě nedostalo.

Otázka 9: Od koho jste tyto informace získal/a?

Tabulka 13 – Zdroj informací

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
zdravotní sestra	6	4	9	9,5 %	7,1 %
nutriční terapeut	16	23	39	25,4 %	41,1 %
lékař	18	10	28	28,6 %	17,8 %
někdo jiný	0	0	0	0 %	0 %
informace nebyly poskytnuty	23	19	42	36,5 %	33,9 %

Graf 7 – Zdroj informací



$N_{SZ}= 63$, $N_{ZZ}=56$, $N_{celkem}=119$

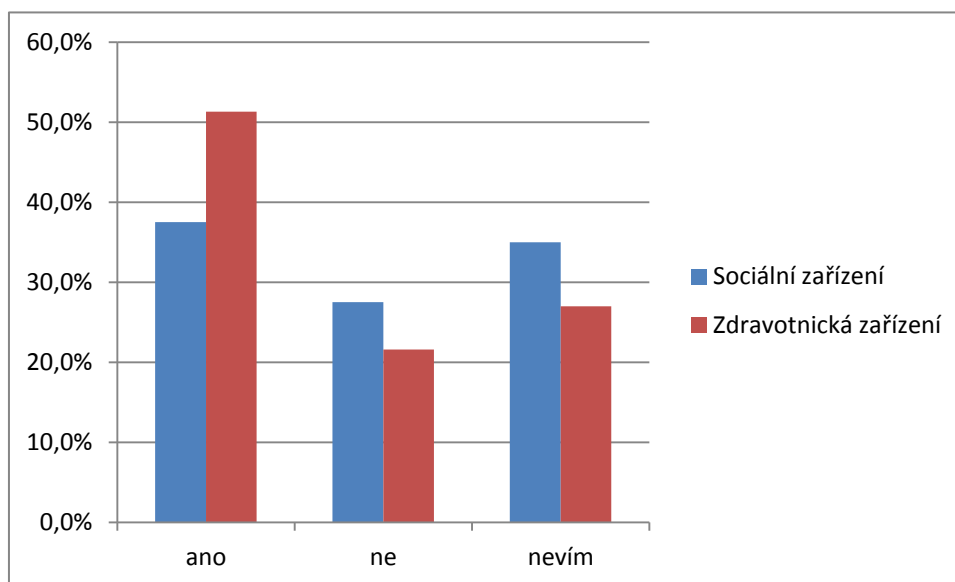
9 respondentů uvedlo, že informace získalo od zdravotní sestry, 39 respondentů bylo edukováno nutričním terapeutem, 28 respondentů edukoval lékař a 42 respondentům informace o diabetu mellitu nebyly poskytnuty vůbec.

Otázka 10: Byly tyto informace úplné a dostatečně srozumitelné?

Tabulka 14 – Srozumitelnost informací

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=40)	ZZ (N=37)	Celkem (N=77)	SZ	ZZ
ano	15	19	34	37,5 %	51,3 %
ne	11	8	19	27,5 %	21,6 %
nevím	14	10	24	35 %	27 %

Graf 8 – Srozumitelnost informací



$N_{SZ}=40$, $N_{ZZ}=37$, $N_{celkem}=77$

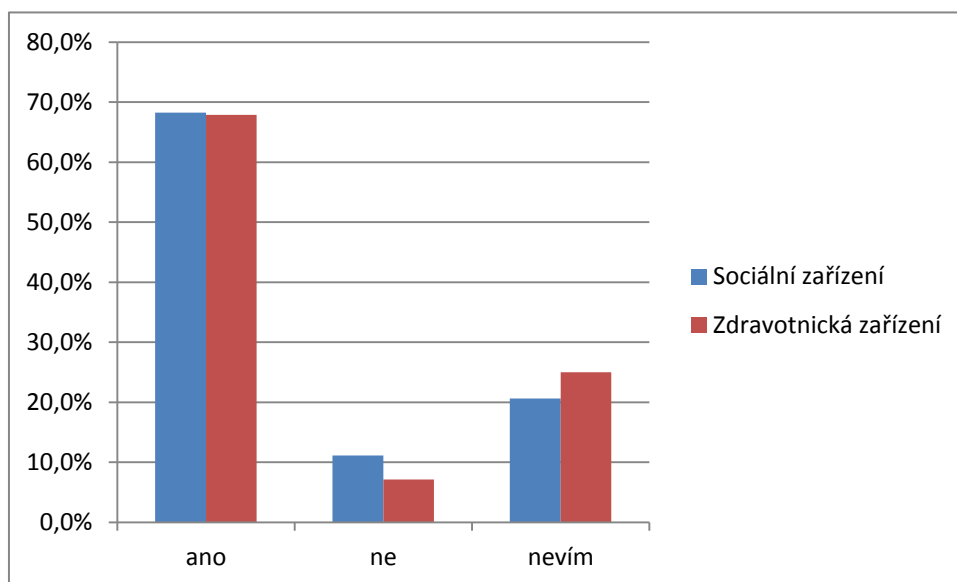
Úplné a dostatečně srozumitelné informace byly poskytnuty 34 respondentům. 19 respondentů uvedlo, že informacím nerozumělo a 24 respondentů nedokázalo na otázku odpovědět.

Otázka 11: Máte možnost konzultace s nutričním terapeutem?

Tabulka 15 – Přítomnost nutričního terapeuta

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
ano	43	38	81	68,3 %	68 %
ne	7	4	11	11,7 %	8 %
nevím	13	14	27	20 %	24 %

Graf 9 – Přítomnost nutričního terapeuta



$N_{SZ} = 63$, $N_{ZZ} = 56$, $N_{celkem} = 119$

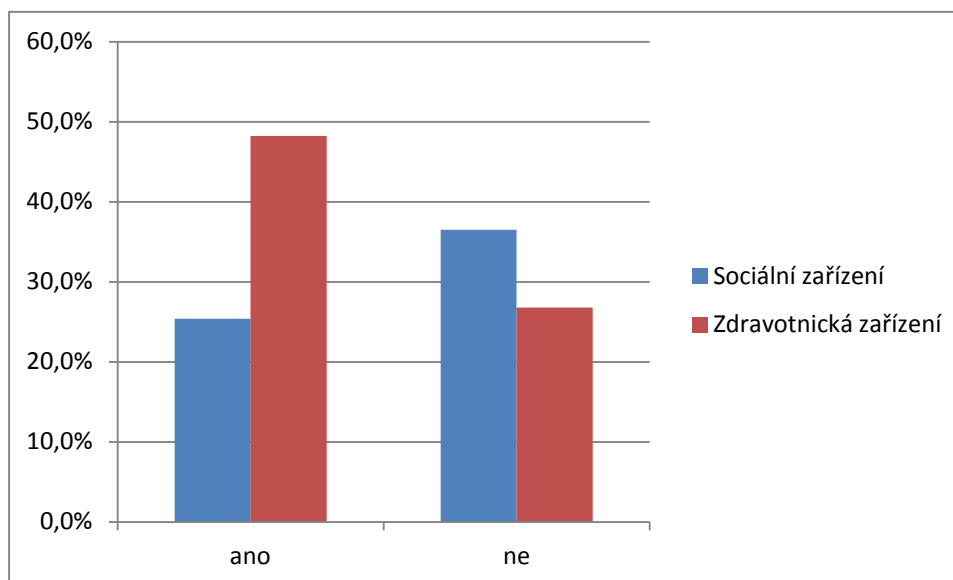
81 respondentů odpovědělo, že má možnost konzultací s nutričním terapeutem. 11 respondentů tuto možnost popírá a 27 respondentů o této možnosti neví.

Otázka 12: Pokud máte možnost konzultace s nutričním terapeutem, využíváte ji?

Tabulka 16 – Využití nutričního terapeuta

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=43)	ZZ (N=38)	Celkem (N=81)	SZ	ZZ
ano	16	23	39	37,2 %	60,5 %
ne	27	15	42	62,7 %	39,5 %

Graf 10 – Využití nutričního terapeuta



$N_{SZ}= 43, N_{ZZ}=38, N_{celkem}=81$

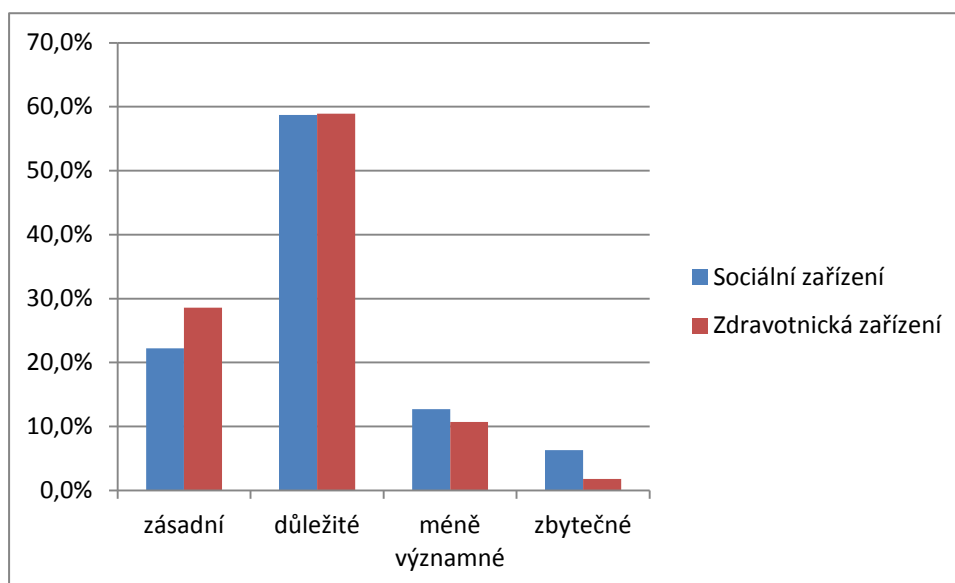
38 respondentů se k této otázce nevyjádřilo, neboť neví anebo možnost konzultace s nutričním terapeutem popírá. 39 respondentů uvedlo, že konzultaci s nutričním terapeutem využívá a 42 respondentů o konzultaci s nutričním terapeutem nejeví zájem.

Otázka 13: Myslíte si, že je dodržování diety pro léčbu diabetu mellitu (cukrovky) klíčové?

Tabulka 17 – Důležitost diety

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
zásadní	14	16	30	22,2 %	28,6 %
důležité	37	33	70	58,7 %	58,9 %
méně významné	8	6	14	12,7 %	10,7 %
zbytečné	4	1	5	6,3 %	1,8 %

Graf 11 – Důležitost diety



$N_{SZ}=63$, $N_{ZZ}=56$, $N_{celkem}=119$

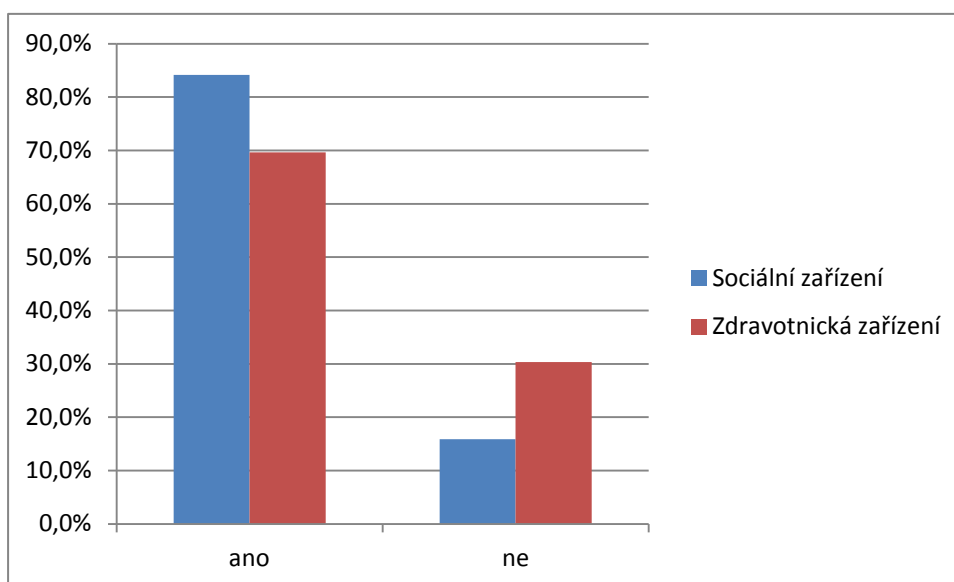
Dodržování diety pro léčbu diabetu mellitu za zásadní považuje 30 respondentů, 70 respondentů dodržování diety bere jako důležité, 14 respondentů chápe dodržování diety jako méně významné a pro 5 respondentů je dodržování diety zcela zbytečné.

Otázka 14: Jste spokojeni se stravou ve Vašem zařízení?

Tabulka 18 – Spokojenost se stravou

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
ano	53	39	92	84,1 %	69,6 %
ne	10	17	27	15,9 %	30,4 %

Graf 12 – Spokojenost se stravou



$N_{SZ}= 63$, $N_{ZZ}=56$, $N_{celkem}=119$

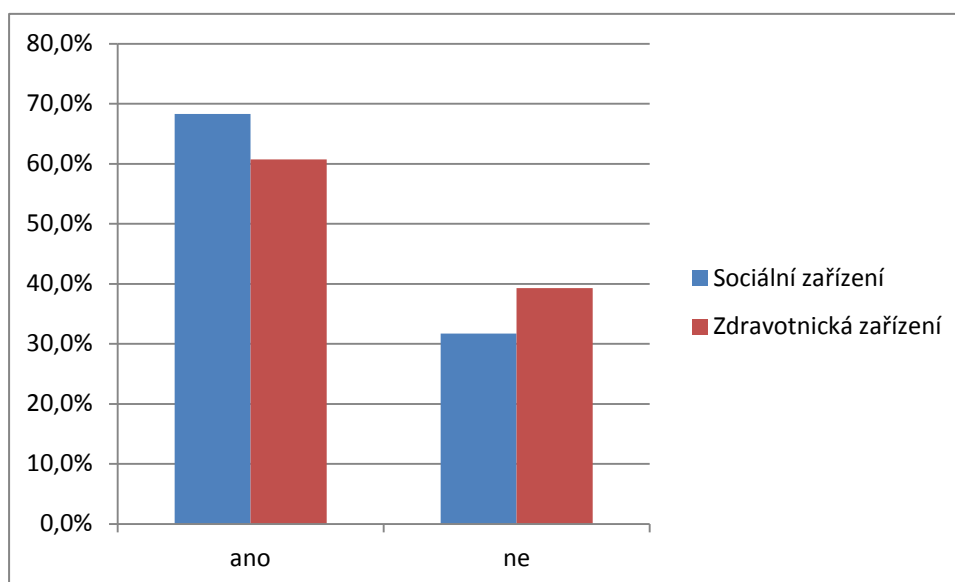
92 respondentů uvedlo, že jsou se stravou v daném pobytovém zařízení spokojeni a 27 respondentů je se stravou nespokojeno.

Otázka 15: Daří se Vám dodržovat dietní opatření?

Tabulka 19 – Dodržování diety

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
ano	43	34	77	68,3 %	60,7 %
ne	20	22	42	31,7 %	39,3 %

Graf 13 – Dodržování diety



$N_{SZ}= 63$, $N_{ZZ}=56$, $N_{celkem}=119$

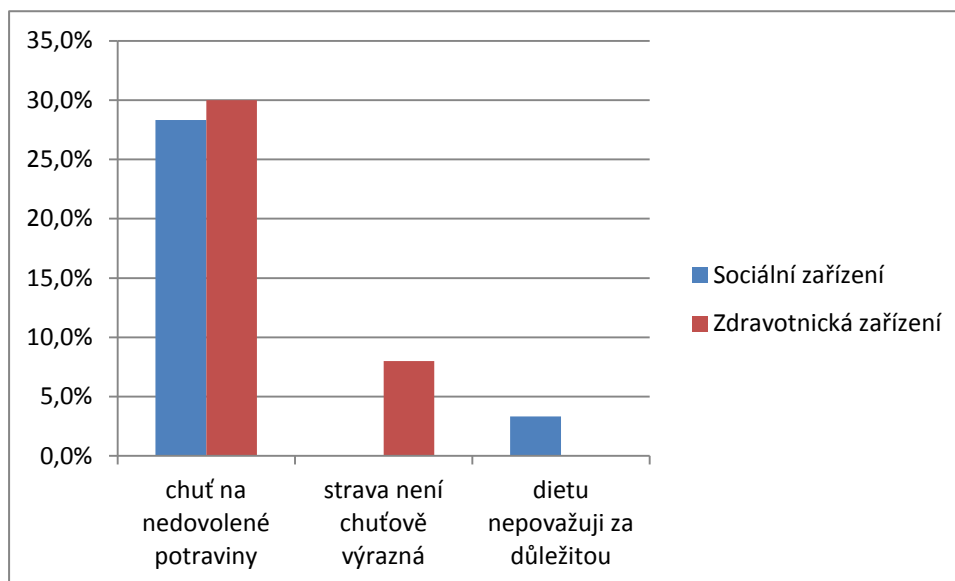
77 respondentům se daří dodržovat dietní opatření a 42 respondentů dietu porušuje.

Otázka 16: Pokud porušujete diabetickou dietu, z jakých důvodů?

Tabulka 20 – Důvody porušování diabetické diety

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=20)	ZZ (N=22)	Celkem (N=42)	SZ	ZZ
chuť na nedovolené potraviny	18	17	35	90 %	77,3 %
strava v tomto zařízení není chuťově výrazná	0	4	4	0 %	18,2 %
dodržování diety nepovažují za důležité	2	1	3	10 %	4,5 %
jiné důvody	0	0	0	0 %	0 %

Graf 14 – Důvody porušování diabetické diety



$N_{SZ}=20$, $N_{ZZ}=22$, $N_{celkem}=42$

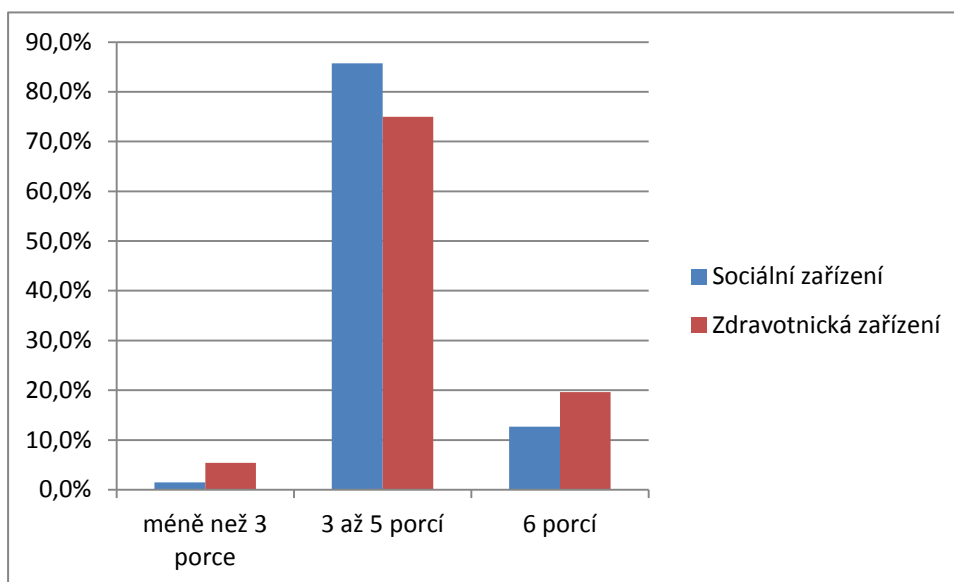
Na tuto otázku odpovědělo 42 respondentů, a to pouze ti kteří porušují diabetickou dietu. Z toho 35 respondentů ji porušuje z důvodu chuti na nedovolené potraviny, pro 4 respondenty podávaná strava v zařízení není chuťově výrazná a 2 respondenti dietu nepovažují za důležitou, a proto ji porušují.

Otázka 17: Kolik porcí jídel denně sníte?

Tabulka 21 – Počet snědených porcí za den

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
méně než 3 porce	1	3	4	1,5 %	5,4 %
3-5 porcí	54	42	96	85,7 %	75 %
6 porcí	8	11	19	12,7 %	19,6 %

Graf 15 – Počet snědených porcí za den



$N_{SZ}=63$, $N_{ZZ}=56$, $N_{celkem}=119$

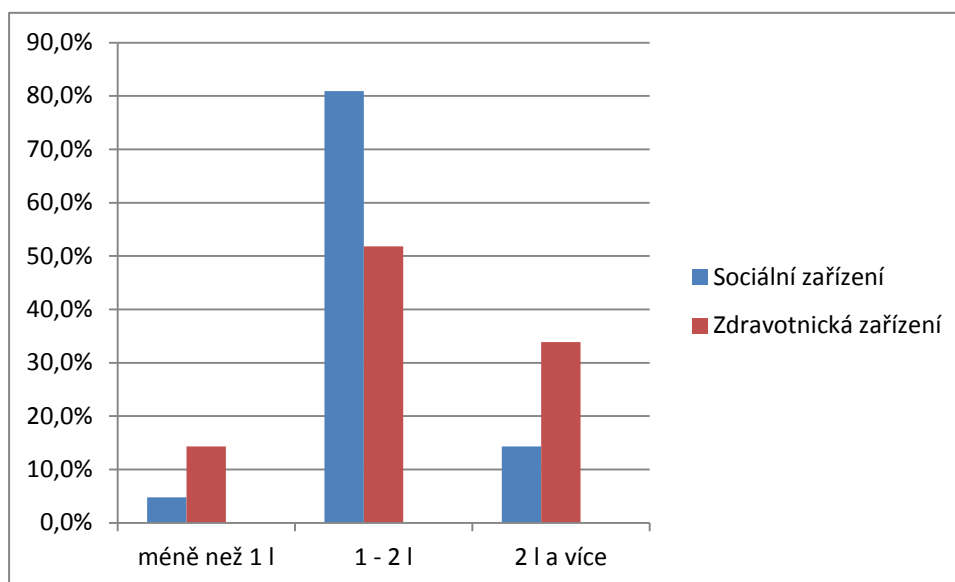
4 respondenti uvedli, že za celý den sní méně než 3 porce. 96 respondentů přijmou potravu 3-5 krát denně a pouze 19 respondentů jí 6 krát za den.

Otázka 18: Jaké množství tekutin denně vypijete?

Tabulka 22 – Pitný režim

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
méně než 1 litr	3	8	11	4,8 %	14,3 %
1-2 litry	51	29	80	80,9 %	51,8 %
více než 2 litry	9	19	28	14,3 %	33,9 %

Graf 16 – Pitný režim



$N_{SZ}=63$, $N_{ZZ}=56$, $N_{celkem}=119$

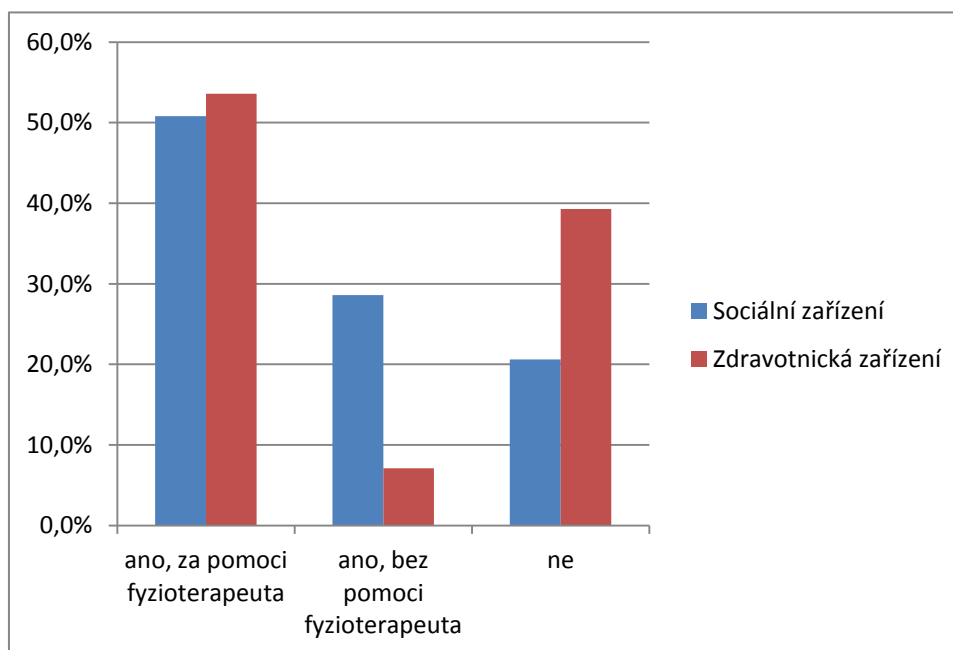
11 respondentů uvedlo, že za den vypije méně než 1 litr, 80 respondentů během dne vypije 1-2 litry tekutin a 28 respondentů vypije více než 2 litry tekutin za den.

Otázka 19: Provádíte nějaké pohybové aktivity?

Tabulka 23 – Provádění pohybových aktivit

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
ano, za pomoci fyzioterapeuta	32	30	62	50,8 %	53,6 %
ano, bez pomoci fyzioterapeuta	18	4	22	28,6 %	7,1 %
ne	13	22	35	20,6 %	39,3 %

Graf 17 – Provádění pohybových aktivit



$N_{SZ}=63$, $N_{ZZ}=56$, $N_{celkem}=119$

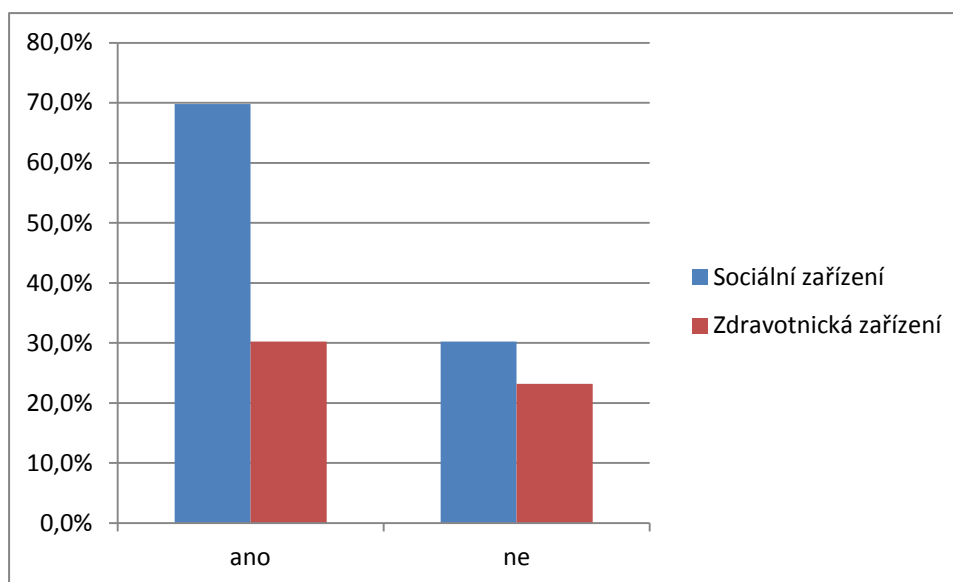
62 respondentů provádí pohybové aktivity pod dohledem fyzioterapeuta, 22 respondentů samostatně a 35 respondentů pohybové aktivity neprovádí vůbec.

Otázka 20: Byli jste informováni o důležitosti pohybové aktivity v léčbě diabetu mellitu (cukrovky)?

Tabulka 24 – Informovanost o důležitosti pohybové aktivity

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=63)	ZZ (N=56)	Celkem (N=119)	SZ	ZZ
ano	44	43	87	69,8 %	77,8 %
ne	19	13	32	30,2 %	23,2 %

Graf 18 – Informovanost o důležitosti pohybové aktivity



$N_{SZ}= 63$, $N_{ZZ}=56$, $N_{celkem}=119$

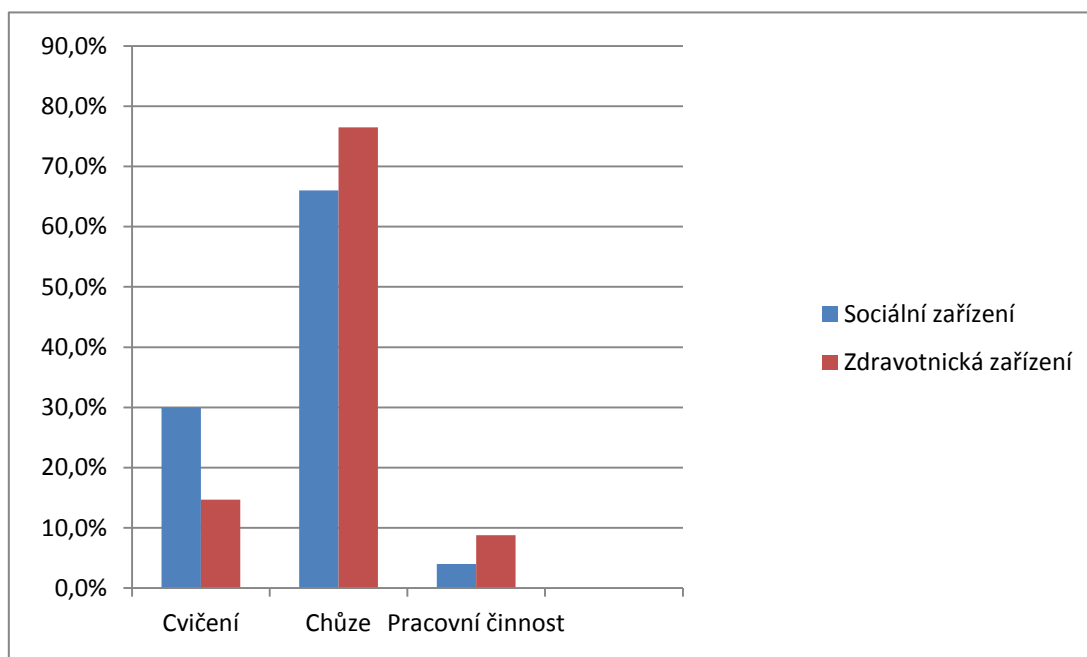
87 respondentům byly poskytnuty informace o důležitosti pohybové aktivity a 32 respondentům tyto informace nebyly sděleny.

Otázka 21: Jaké pohybové aktivity pravidelně provozujete?

Tabulka 25 – Pravidelně provozované aktivity

	Absolutní počty			Procenta	
	SZ (N=50)	ZZ (N=34)	Celkem (N=84)	SZ	ZZ
chůze	33	26	59	66 %	76,5 %
cvičení	15	5	20	30 %	14,7 %
pracovní činnosti	2	3	5	4 %	8,8 %

Graf 19 – Pravidelně provozované aktivity



$N_{SZ}= 50$, $N_{ZZ}=34$, $N_{celkem}=84$

59 respondentů uvedlo, že pravidelně chodí na procházky, 20 respondentů pravidelně cvičí. Mezi cvičení bylo nejčastěji uváděno cvičení s míčem a rehabilitace. A 5 respondentů uvedlo jako pohybové aktivity pracovní činnosti, především práce na zahradě a v domácnosti.

3.8 Interpretace hypotéz

H₁ *Ve zdravotnických zařízeních je kladen na edukaci větší důraz, než v sociálních zařízeních.*

Hypotéza byla potvrzena.

Výsledky poukazují na fakt, že lépe jsou o své diagnóze, komplikacích diabetu mellitu, diabetické dietě i o fyzické aktivitě edukováni senioři ve zdravotnických zařízeních, než senioři v sociálních zařízeních (viz. grafy 1, 5, 6). Edukace byla úplná a dostatečně srozumitelná pro větší počet respondentů ve zdravotnických zařízeních, než pro respondenty v sociálních zařízeních (viz. graf 8).

H₂ *Většina respondentů po dobu pobytu v pobytových zařízeních nebyla v kontaktu s nutričním terapeutem.*

Hypotéza byla potvrzena.

Většina respondentů byla edukována jiným odborným zdravotnickým pracovníkem, než nutričním terapeutem či dokonce edukace vůbec neproběhla (viz. graf 7). A to i přesto, že v každém z těchto zařízení byl nutriční terapeut přítomen. Znepokojující je také zjištění, že z většiny respondentů, kteří o nutričním terapeutovi vědí, s ním přišlo do styku během pobytu v pobytových zařízeních pouze 48,1 % respondentů (viz. grafy 9, 10).

H₃ *Respondenti v pobytových zařízeních si jsou vědomi důležitosti diety, ale přesto ji většina respondentů porušuje.*

Hypotéza nebyla potvrzena.

Převážná většina respondentů si uvědomuje důležitost diety a považuje ji za důležitou až zásadní, nicméně ji porušuje až 35,3 % respondentů. (viz. grafy 11, 13).

H₄ *Respondenti v pobytových zařízeních jsou informováni o důležitosti pohybové aktivity, ale přesto většina respondentů fyzicky aktivní není.*

Hypotéza nebyla potvrzena.

Většině respondentů byly podány informace o důležitosti pohybové aktivity, a také se jim většina dotázaných věnuje (viz. grafy 17, 18).

H₅ *Většina respondentů v pobytových zařízeních je informována o možných komplikacích diabetu mellitu.*

Hypotéza byla potvrzena.

Informace související s komplikacemi diabetu mellitu byly předány většině respondentů (viz. graf 5).

H₆ *Se stravou jsou spokojeni více respondenti v sociálních zařízeních, než ve zdravotnických zařízeních.*

Hypotéza byla potvrzena.

V sociálních zařízeních je se stravou spokojeno 84,1 % respondentů a v zdravotnických zařízeních 69,6 % dotázaných (viz. graf 12).

3.9 Diskuse

V této bakalářské práci bylo vytvořeno šest pracovních hypotéz.

První pracovní hypotéza jednoznačně potvrdila vyšší úroveň edukace ve všech aspektech léčebného režimu u diabetu mellitu ve zdravotnických zařízeních, než v sociálních zařízeních. Edukace je předpokladem úspěšné léčby, a pokud nebude efektivní či dokonce, jak výsledky, v některých případech uvádí, vůbec poskytnuta, pak nelze dosáhnout žádoucích výsledků kompenzace či léčby diabetu mellitu nehledě na to, v jakém typu pobytového zařízení se osoba s diabetem mellitem nachází. Proto, aby byla edukace úspěšná, je nutné, aby byly použity vizuální pomůcky, což v praxi využívá jen 8 z 11 oslovených pobytových zařízení a 4 pobytová zařízení edukují jen slovní formou. Autorka Lucie Karásková (2010)^[17] dospěla k závěru, že diabetici, kteří byli informováni o komplikacích od lékaře, dodržují lépe

léčebná opatření, než ti, kterým informace nebyly nikdy podány. Samozřejmě ke zvládnutí kompenzace a léčebného režimu patří schopnost selfmonitoringu.

Druhá pracovní hypotéza poukázala na nedostatečný kontakt respondentů s nutričním terapeutem. Jak bylo ověřeno protokolem, nutriční terapeut je ve všech oslovených pobytových zařízeních, ale i přesto se s ním setkalo pouze 32,7 % respondentů. Což je dle mého názoru nedostatečné. Podle výsledků v protokolech v 5 z 6 sociálních zařízeních a ve všech zdravotnických zařízeních provádí edukaci nutriční terapeut sám, popřípadě s dalšími odbornými zdravotnickými pracovníky. Je tedy na místě si položit otázku, zda skutečně respondenti věděli, kým byli edukováni. Neboť se velmi snadno mohlo stát, že respondenti byli v domněnku, že jim informace podala všeobecná sestra.

Třetí hypotéza ukázala na fakt, že většina respondentů si je vědoma důležitosti dietních opatření, a proto je dieta většinou respondentů dodržována. Pokud docházelo k porušování diety, pak byla nejčastějším důvodem chuť na nedovolené potraviny. Jsem toho názoru, že v otázkách dodržování diety se nutně brát v úvahu nejen složení stravy, ale také její množství co do počtu porcí jídel během dne a pitný režim. V obou směrech převládá většina respondentů dietu dodržuje. Autorka Bc. Pavla Drbalová (2011)^[15] uvádí, že respondenti dodržují režimová opatření dle míry informovanosti, kdy se opět dostáváme k edukaci.

Čtvrtá hypotéza zaměřena na fyzickou aktivitu dokládá, že informace v této oblasti byly většině respondentů předány, což pravděpodobně vedlo ke skutečnosti, že se jim většina respondentů věnuje. Mezi nejčastěji pravidelně prováděné pohybové aktivity byla zařazena chůze, což je pro seniory mnohdy jedna z nejdostupnějších a nejvhodnějších aktivit vůbec. Pro zhodnocení toho, zda jsou aktivity, kterým se senioři diabetici věnují a zda jsou dostačující, by bylo vhodné provést další výzkumné šetření na tohle téma.

K sestavení páté hypotézy byla důvodem má zkušenost, že mnoho diabetiků své obtíže nepřipisuje tomuto onemocnění. Tudiž jsem se chtěla přesvědčit, zda si jsou vědomi toho, jaké komplikace jim tohle onemocnění způsobuje. Většina respondentů byla o těchto komplikacích informována již v rámci prevence nebo až v době, kdy se komplikace objevily. Osobně jsem toho názoru, že s komplikacemi by měli být osoby s diabetem mellitem seznámeni ještě před jejich objevením, což by pro mělo jistě motivační smysl. Ale na druhou stranu je vhodnější podat tyto informace při jejich objevení, než vůbec.

Šestá hypotéza poukázala na rozdílnost postojů diabetiků v obou typech pobytových zařízení. Důvodem ke stanovení této hypotézy byla skutečnost, že jsem se ve zdravotnických zařízeních téměř nesetkala s tím, že by s podávanou stravou byli pacienti spokojeni. Předpoklad, že v sociálních zařízeních jsou se stravou více spokojeni respondenti sociálních zařízení, byl potvrzen, ale i přesto většina respondentů ve zdravotnických zařízeních byla spokojena. Větší spokojenost se stravou v sociálních zařízeních může být vysvětlena finanční dotací na stravovací jednotku, která je ve všech sociálních zařízeních mnohem vyšší než ve zdravotnických zařízeních. Je tedy možné, že od výše stravovací jednotky se odvíjí i kvalita používaných surovin, což by vysvětlovalo výsledek.

Součástí protokolu bylo poskytnutí dvoutýdenního jídelníčku daného pobytového zařízení. Jídelníčky se nepodařilo získat v každém z 11 pobytových zařízení, tudíž byly vyhodnoceny jídelníčky, které byly k dispozici. Jídelníčky těchto 10 pobytových zařízení se velmi podobaly a nebyly v nich žádné pokrmy, které by přímo poukazovali na lepší stravování v daném pobytovém zařízení. Jídelní lístky byly hodnoceny ve vztahu k počtu jednotlivých porcí za den. V 10 jídelních lístcích byly obsaženy všechny denní porce včetně druhé večeře. Dále bylo hodnoceno, jaké potraviny jsou pro stravování diabetiků využívány. V průměru to byly potraviny, které se běžně využívají ve stravovacích provozech pro pobytová zařízení. Tudíž v tomto směru byly jídelníčky velmi podobné a podávané pokrmy nebyly překvapením.

Zajímavá je rozdílnost využití redukčních režimů u diabetiků 2. typu (viz. tabulky 3, 4). Dle mého názoru je obtížné a téměř nemožné v sociálních zařízeních aplikovat u diabetiků 2. typu redukční režim. Klienti domovů důchodců jsou zde ve své podstatě „doma“ a jen obtížně jim lze nařizovat něco, pokud to odmítají.

3.10 Shrnutí

- o aspektech léčby a prevence bylo edukováno více respondentů ve zdravotnických zařízeních, než v sociálních zařízeních
- nízké procento využití nutričního terapeuta pro edukaci v obou typech pobytových zařízení
- dietu dodržuje většina respondentů v pobytových zařízeních
- pohybové aktivity provozuje většina respondentů v pobytových zařízeních
- většina respondentů je informována o komplikacích, které s sebou diabetes mellitus přináší.
- respondenti jsou spokojeni s podávanou stravou více v sociálních zařízeních, než ve zdravotnických zařízeních

3.11 Doporučení pro praxi

- důležitost a nezbytnost edukace, především pak při zjištění diagnózy:
 - včasná
 - srozumitelná
 - jednoduchá
 - lidský přístup
 - empatie
- aktivnější začlenění nutričních terapeutů do týmu pečujícího o klienty v pobytových zařízeních

Závěr

Tato bakalářská práce byla věnovaná seniorům diabetikům v pobytových zařízeních. Zaměřena byla na aspekty léčby. Především na dodržování léčebného režimu a edukaci, která je nedílnou součástí úspěšné léčby.

Senioři jsou v drtivé většině odkázáni na informace, které jim sdělí jejich okolí nebo literatura. A je tedy důležité si uvědomit, že je nutné, aby byly všem poskytovány pravdivé a srozumitelné informace.

Výsledky této práce poukazují na skutečnost, že nutriční terapeut není většinou respondentů v pobytových zařízeních využíván, a proto jsem toho názoru, že by měli být nutriční terapeuti aktivněji začleňováni do týmu pečujícího o klienty v pobytových zařízeních. Osoby s diabetem mellitem by měl edukovat v otázkách výživy především nutriční terapeut. Dnes zatím bohužel neexistuje žádná metodika či vyhláška, která by určovala počet nutričních terapeutů na daném pracovišti, a proto nelze očekávat, že by byla většina klientů edukována právě jím. Bylo by vhodné provést výzkumné šetření se zaměřením na to, z jakého důvodu respondenti nevědí o možnosti konzultace s nutričním terapeutem.

Protože ve zdravotnických zařízeních jsou respondenti lépe edukováni o aspektech léčby, než v sociálních zařízeních, myslím si, že by měla být tato stránka léčebného režimu posílena prostřednictvím zvýšení počtu nutričních terapeutů. Tím by došlo k rozšíření jejich působnosti a kladného dopadu léčby.

Prekvapivým zjištěním bylo, že většina respondentů dietní opatření dodržuje, což je velmi pozitivní, především pokud hodnotíme také počet denních porcí jídel a pitný režim.

Také to, že většina respondentů provozuje pohybové aktivity, je uspokojivým výsledkem. Zde by bylo na místě provést výzkumné šetření, zda jsou jimi provozované aktivity skutečně vhodné vzhledem k jejich komplikacím.

Výsledky vyšší spokojenosti s podávanou stravou v sociálních zařízeních je možné odůvodnit i vyšší stravovací jednotkou v sociálních zařízeních, která by odpovídala kvalitě stavy. Tento fakt by bylo vhodné ověřit dalším výzkumným šetřením, protože podle hodnocení jídelníčků byla skladba stavy v jednotlivých zařízeních velmi obdobná.

Autorka věří, že edukaci bude přikládán stále větší význam a bude ji věnována dostatečná pozornost, tak aby diabetici, a to nejen ve vyšším věku, měli možnost získat

odbornými studiemi podložené informace. Jedině edukovaný diabetik má možnost se správně stavět ke všem aspektům léčby svého onemocnění.

Použitá literatura

1. BARTOŠ, Vladimír, et al. *Praktická diabetologie*. 3. rozšířené vydání. Praha: MAXDORF, 2003. 479 s. ISBN 80-8591-69-4
2. FARKAŠOVÁ, Dana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4
3. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora*. Praha: Grada Publishing a. s., 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2
4. HALUZÍK, Martin, et al. *Praktická léčba diabetu*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta a. s., 2009. 361 s. ISBN 978-80-204-2071-8
5. HOLEČEK, Milan. *Regulace metabolismu, cukrů, tuků, bílkovin a aminokyselin*. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. 286 s. ISBN 80-247-1562-7
6. KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a. s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
8. KUDLOVÁ, Eva, et al. *Hygienu výživy a nutriční epidemiologie*. Praha: Karolinum, 2009. 287 s. ISBN 978-80-246-1735-0
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a. s., 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4
10. RYBKA, Jaroslav, et al. *Diabetologie pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 288 s. ISBN 80-247-1612-7
11. SVAČINA, Štěpán, et al. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6
12. SVAČINA, Štěpán. *Diabetologie*. Praha: TRITON, 2010. 188 s. ISBN 978-80-7387-348-6
13. SVAČINA, Štěpán. *Trendy soudobé diabetologie*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2005. 225 s. ISBN 80-7262-359-1
14. ŠKRHA, Jan, et al. *Diabetologie*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009. 417 s. ISBN 978-80-7262-607-6

Internetové zdroje

15. DRBALOVÁ, Pavla. *Fenomén non-compliance u pacientů s diagnózou diabetes mellitus* [online]. Jindřichův Hradec, 2011. 94 s. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze. Dostupné z WWW: <https://www.vse.cz/vskp/show_file.php?soubor_id=803966>
16. JIRKOVSKÁ, Alexandra. *Diab.cz* [online]. 6.2.2007 [cit. 2011-10-16]. Standardy dietní léčby pacientů s diabetem. Dostupné z WWW: <http://www.diab.cz/dokumenty/dieta2007.pdf>
17. KARÁSKOVÁ, Lucie. *Vliv dodržování režimových opatření na vznik komplikací diabetu* [online]. Pardubice, 2010. 62 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Dostupné z WWW: <dspace.upce.cz/.../1/KaraskovaL_Vlivdodrzovani_RP_2010.pdf>.
18. KOŽÍŠEK, F. *Viscojis* [online]. 2006 [cit. 2011-07-06]. Dostupné z WWW: http://viscojis.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=160:kolik-vody-tedy-musime-pijmout&catid=21:pitny-rezim&Itemid=15
19. PETERSON, Kevin; SILVERSTEIN, Janet. *Tribune: tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. 2008, 30.4. 2008 [cit. 2011-07-06]. Dostupné z WWW: <http://www.tribune.cz/clanek/11963>
20. *Wikipedia* [online]. 2011, poslední změna 26.6.2011 [cit. 2011-07-06]. Dostupné z WWW: http://cs.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus

Seznam příloh

A	Informovaný souhlas
B	Dotazník
C	Protokol
D	Vstupní kritéria
E – N	Žádost o provedení dotazníkové akce

Příloha A:

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Vážení respondenti,

jsem studentkou 3. ročníku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, oboru Nutriční terapeut. Touto cestou bych se na Vás chtěla obrátit s prosbou o vyplnění přiloženého dotazníku, který bude sloužit pouze ke zpracování bakalářské práce na téma „Diabetes mellitus“ (cukrovka).

Cílem dotazníkového šetření je získat informace, které se týkají léčby tohoto onemocnění ve vztahu k výživě. Vámi poskytnuté informace budou sloužit ke studijním účelům a případně ke zkvalitňování poskytovaných služeb.

Tímto Vám zaručuji naprostou anonymitu a slibuji, že získané informace budou sloužit pouze k výše uvedeným akademickým účelům.

Děkuji Vám za ochotu a čas, který mi věnujete.

Apolena Stellarová

Příloha B:

Dotazník

1. Jste:
 - ☐ muž
 - ☐ žena
2. Kolik je Vám let?
.....
3. Jakým typem diabetu mellitu (cukrovky) trpíte?
 - ☐ 1. typ
 - ☐ 2. typ
 - ☐ jiný
 - ☐ nevím
4. V současné době je Vaše léčba diabetu mellitu (cukrovky):
 - ☐ pouze dietou
 - ☐ léky bez inzulínu
 - ☐ inzulínem
5. Jak dlouho trpíte diabetem mellitem (cukrovkou)?
 - ☐ méně než 1 rok
 - ☐ 1-2 roky
 - ☐ 2-5 let
 - ☐ více než 5 let
6. Trpíte nějakými dlouhodobými komplikacemi diabetu mellitu (cukrovky)?
 - ☐ porucha zraku
 - ☐ onemocnění ledvin
 - ☐ brnění, mravenčení či poškození citlivosti končetin
 - ☐ špatné hojení ran
 - ☐ jiné, jaké?
 - ☐ nevím o žádných
7. Byli jste informováni o výše uvedených komplikacích diabetu mellitu (cukrovky)?
 - ☐ ano, v rámci prevence
 - ☐ ano, v okamžiku, kdy se objevily
 - ☐ ne
8. Byly Vám během pobytu v tomto zařízení poskytnuty informace o diabetické dietě?

- ☐ ano
 - ☐ ne
9. Od koho jste tyto informace získal/a?
- ☐ zdravotní sestra
 - ☐ nutriční terapeut
 - ☐ lékař
 - ☐ někdo jiný, kdo?
 - ☐ informace mi nebyly po celou dobu pobytu předány
10. Byly tyto informace úplné a dostatečně srozumitelné?
- ☐ ano
 - ☐ ne
 - ☐ nevím
11. Máte možnost konzultace s nutričním terapeutem?
- ☐ ano
 - ☐ ne
 - ☐ nevím
12. Pokud máte možnost konzultace s nutričním terapeutem, využíváte ji?
- ☐ ano
 - ☐ ne
13. Myslíte si, že je dodržování diety pro léčbu diabetu mellitu (cukrovky) klíčové?
- ☐ zásadní
 - ☐ důležité
 - ☐ méně významné
 - ☐ zbytečné
14. Jste spokojeni se stravou ve Vašem zařízení?
- ☐ ano
 - ☐ ne
15. Daří se Vám dodržovat dietní opatření?
- ☐ ano
 - ☐ ne
16. Pokud porušujete diabetickou dietu, z jakých důvodů?
- ☐ chuť na nedovolené potraviny
 - ☐ strava v tomto zařízení není chuťově výrazná
 - ☐ dodržování diety nepovažuji za důležité

- jiné důvody, jaké?
- 17. Kolik porcí jídel denně sníte?
 - méně než 3
 - 3-5
 - 6
- 18. Jaké množství tekutin denně vypijete?
 - méně než 1 litr
 - 1-2 litry
 - více než 2 litry
- 19. Provádíte nějaké pohybové aktivity?
 - ano, provádím je za pomoci fyzioterapeuta
 - ano, provádím je, bez pomoci fyzioterapeuta
 - ne
- 20. Byli jste informováni o důležitosti pohybové aktivity v léčbě diabetu mellitu (cukrovky)?
 - ano
 - ne
- 21. Jaké pohybové aktivity pravidelně provozujete?
 - chůze
 - cvičení, jaké?
 - jiné, jaké?

Příloha C:

Protokol

Protokol pro sběr informací v pobytových zařízeních

- Jaká je ve Vašem zařízení stravovací jednotka pro seniory s diabetem mellitem?
.....
- Jaký je ve Vašem zařízení jídelníček pro diabetickou dietu? (dva týdny)
.....
- Je ve Vašem zařízení nutriční terapeut?
.....
- Kdo ve Vašem zařízení provádí edukaci seniorů s diabetem mellitem?
.....
- Jakým způsobem jsou ve Vašem zařízení osoby s diabetem mellitem edukovány?
(pomůcky)
.....
- Jak často jsou ve Vašem zařízení senioři s diabetem mellitem během pobytu edukováni?
.....
- Považujete edukaci za zásadní v léčbě diabetu mellitu?
 - Zásadní
 - Důležitá
 - Méně významná
 - Zbytečná
- V jakém procentu je ve Vašem zařízení využíván redukční režim u osob s diabetem mellitem?
.....
- Jaká je velikost Vašeho zařízení? (počet lůžek)
.....

Pro sociální zařízení:

- Je ve Vašem zařízení diabetolog?

.....

- Je ve Vašem zařízení lékař?

.....

Příloha D:

Vstupní kritéria

Vstupní kritéria pro vyplnění dotazníku v pobytových zařízeních

Zdravotnická zařízení

- Věk nad 60 let
- Osoby s diagnózou diabetes mellitus
- Osoby na lůžkovém oddělení
- Osoby schopné spolupráce
- Osoby ochotné spolupracovat
- Informovaný souhlas

Sociální zařízení

- Věk nad 60 let
- Osoby s diagnózou diabetes mellitus
- Osoby schopné spolupráce
- Osoby ochotné spolupracovat
- Informovaný souhlas

Příloha E:

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele: Stellarová Apolena

Kontaktní adresa: Holubí 1240/4, Praha 6, 16500

Telefon: +420 776 765 598

E-mail: Apolena.Stellarova@seznam.cz

Škola/fakulta: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Obor studia: Nutriční terapie

Téma závěrečné práce: Diabetes mellitus v populaci seniorů v pobytových zařízeních

Termín sběru dat: říjen 2011

Pracoviště, kde bude sběr probíhat: Ústřední vojenská nemocnice Praha, U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6, 169 02

Zjišťované informace: jsou součástí přiloženého dotazníku a protokolu

Forma prezentace dat: bakalářská práce

Žadatel se zavazuje:

1. Že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Že dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.

Prostřednictvím tohoto formuláře žádám o umožnění provedení dotazníkového šetření v Ústřední vojenské nemocnici Praha, U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6, 169 02.

Datum: 3. října 2011

Podpis žadatele: Stellarová

souhlasím
P. JEDLIČKA

Příloha F:

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele: Stellarová Apolena

Kontaktní adresa: Holubí 1240/4, Praha 6, 16500

Telefon: +420 776 765 598

E-mail: Apolena.Stellarova@seznam.cz

Škola/fakulta: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Obor studia: Nutriční terapie

Téma závěrečné práce: Diabetes mellitus v populaci seniorů v pobytových zařízeních

Termín sběru dat: říjen 2011

Pracoviště, kde bude sběr probíhat: Interní oddělení B a C

Zjišťované informace: jsou součástí přiloženého dotazníku a formuláře

Forma prezentace dat: bakalářská práce

Žadatel se zavazuje:

1. Že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Že dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.

Prostřednictvím tohoto formuláře žádám o umožnění provedení dotazníkového šetření v Nemocnici Na Františku, Na Františku 847/8, Praha 1, 110 00.

Datum: 3. října 2011

Podpis žadatele: *Stellarová*

Seznaná



4. 10. 2011

Příloha G:



FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: STELLAROVA APOLENA
Kontaktní adresa: HOLUBŮ 1240/4, PRAHA 6 - SUCHBÁT, 165 00
Telefon: +420 226 465 598 e-mail: Apolena.Stellarova@seznam.cz
Škola/Fakulta: 1. LF UK v PRAZE
obor studia: NUTRIČNÍ TERAPIE
Téma závěrečné práce: DIABETES MELLITUS V POVLACI SENIORŮ V POHYTOVÝM ZÁŘÍKOVÝCH
Způsob provedení sběru dat: DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ Termín sběru: ŘÍJEN 2011
Pracoviště, kde bude sběr dat proveden: I. INTERVU KLIVICKA
Presentace dat: BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.
Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.
Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum 4. 10. 2011

Podpis: [Podpis]

Vyplňuje Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

Vyjádření odpovědného náměstka:

☒ ANO ☐ NE

Úhrada

ANO NE

Datum: 4. 10. 2011

Fakultní Thomayerova nemocnice
s poliklinikou
140 59 Praha 4 – Krč, Vídeňská 800
náměstek pro nelékařská
zdravotnická povolání
Mgr. Lenka Hejzlarová

Podpis odpovědného náměstka

BANKOVNÍ SPOJENÍ
KB Praha 4 č.ú.36831-041/0100

IČO
00064190

TELEFON
26108 1111
23433 1111

FAX
241721260

E-MAIL
ftn@ftn.cz

Příloha H:

ŽÁDOST O PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní náměstkyně,

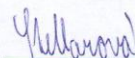
jsem studentkou 3. ročníku oboru nutriční terapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Tímto dopisem bych Vás ráda požádala o možnost distribuce dotazníků ve Vašem zdravotnickém zařízení- FN v Motole, V úvalu 84, Praha 5.

Na základě vyplněných dotazníků budu zpracovávat svou bakalářskou práci na téma „Diabetes mellitus v populaci seniorů v pobytových zařízeních“. Distribuce bude probíhat v měsíci říjnu 2011 na interní klinice Vaší nemocnice.

Informace, které získám, poslouží pouze k výše uvedeným účelům. A tímto Vaším klientům zajišťuji naprostou anonymitu. Vzorový dotazník zasílám společně s tímto dopisem.

Děkuji za Vaši ochotu i čas, který mi věnujete.

V Praze dne 3. října 2011



Apolena Stellarová

Příloha CH:



FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY NÁMĚSTKYNĚ PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI

Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, tel.: 26716 2802, fax: 26716 3158, e-mail: nurse@fnkv.cz

V Praze dne: 17. října 2011

Naše značka: FNKV /2011

Vaše značka:

Vážená paní
Apolena Stellarová
Holubí 1240/4
165 00 Praha 6 - Suchbát


Věc: Žádost o provedení dotazníkového šetření ve FNKV – odpověď

Vážená kolegyně,

obdržela jsem Vaši žádost ze dne 12.10.2011 ve věci souhlasu k provedení dotazníkového šetření na II.interní klinice FNKV pro účely zpracování bakalářské práce téma: *Diabetes mellitus v populaci seniorů v pobytových zařízeních* na 1. LF UK Praha. Vzhledem k výše uvedenému Vám sděluji, že souhlasím za předpokladu dodržení zákona č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu v platném znění a zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění.

Etická komise FNKV vaši žádost projednala a neměla námitky.

S pozdravem


Mgr. Irena Trpišová
náměstkyně pro ošetrovateľskú péču

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10
NÁMĚSTEK PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI

Příloha I:

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele: Stellarová Apolena

Kontaktní adresa: Holubí 1240/4, Praha 6, 16500

Telefon: +420 776 765 598

E-mail: Apolena.Stellarova@seznam.cz

Škola/fakulta: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Obor studia: Nutriční terapie

Téma závěrečné práce: Diabetes mellitus v populaci seniorů v pobytových zařízeních

Termín sběru dat: říjen 2011

Pracoviště, kde bude sběr probíhat: Domov pro seniory Elišky Purkyňové, Šolínova 513/3, 160 00 Praha 6.

Zjišťované informace: jsou součástí přiloženého dotazníku a formuláře

Forma prezentace dat: bakalářská práce

Žadatel se zavazuje:

1. Že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Že dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.

Prostřednictvím tohoto formuláře žádám o umožnění provedení dotazníkového šetření v Domově pro seniory Elišky Purkyňové, Šolínova 513/3, 160 00 Praha 6.

Datum: 3. října 2011

Podpis žadatele: *Apolena Stellarová*

DOMOV PRO
SENIORY
ELIŠKY PURKYNĚVÉ
ŠOLÍNOVA 513/3
Praha 6
Tel.: 224 311 81
IČO: 763 753 88
(11)

Apolena Stellarová

Příloha J:

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele: Stellarová Apolena

Kontaktní adresa: Holubí 1240/4, Praha 6, 16500

Telefon: +420 776 765 598

E-mail: Apolena.Stellarova@seznam.cz

Škola/fakulta: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Obor studia: Nutriční terapie

Téma závěrečné práce: Diabetes mellitus v populaci seniorů v pobytových zařízeních

Termín sběru dat: říjen 2011

Pracoviště, kde bude sběr probíhat: Domov pro seniory Praha 4- Háje, K Milíčovu 734, 149 00, Praha 4- Háje

Zjišťované informace: jsou součástí přiloženého dotazníku a protokolu

Forma prezentace dat: bakalářská práce

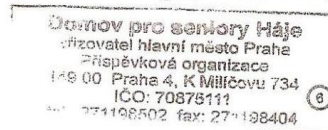
Žadatel se zavazuje:

1. Že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Že dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Že po zpracování výsledků je předloží tomuto zařízení, ve kterém dotazníkové šetření provedl.

Prostřednictvím tohoto formuláře žádám o umožnění provedení dotazníkového šetření v Domově pro seniory Praha 4- Háje, K Milíčovu 734, 149 00, Praha 4- Háje.

Datum: 6.10.2011

Podpis žadatele: 



Příloha K:

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele: Stellarová Apolena

Kontaktní adresa: Holubí 1240/4, Praha 6, 16500

Telefon: +420 776 765 598

E-mail: Apolena.Stellarova@seznam.cz

Škola/fakulta: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Obor studia: Nutriční terapie

Téma závěrečné práce: Diabetes mellitus v populaci seniorů v pobytových zařízeních

Termín sběru dat: říjen 2011

Pracoviště, kde bude sběr probíhat: Domov pro seniory Malešice, Rektorská 577, 108 00, Praha 10

Zjišťované informace: jsou součástí přiloženého dotazníku a protokolu

Forma prezentace dat: bakalářská práce

Žadatel se zavazuje:

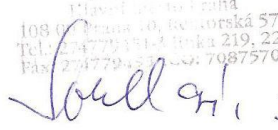

1. Že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Že dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.

Prostřednictvím tohoto formuláře žádám o umožnění provedení dotazníkového šetření v Domově pro seniory Malešice, Rektorská 577, 108 00, Praha 10.

Datum: 4. 10. 2011

Podpis žadatele: 

DOMOV PRO SENIORY
MALEŠICE
Holubí 1240/4 Praha
108 00 Praha 10, Rektorská 577
Tel: +420 776 765 598, 219, 220
Fax: +420 776 765 598, 70875707

 : 

Příloha L:

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele: Stellarová Apolena

Kontaktní adresa: Holubí 1240/4, Praha 6, 16500

Telefon: +420 776 765 598

E-mail: Apolena.Stellarova@seznam.cz

Škola/fakulta: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Obor studia: Nutriční terapie

Téma závěrečné práce: Diabetes mellitus v populaci seniorů v pobytových zařízeních

Termín sběru dat: říjen 2011

Pracoviště, kde bude sběr probíhat: Domov pro seniory Zahradní město, Sněženková 2973/8, Praha 10, 106 00

Zjišťované informace: jsou součástí přiloženého dotazníku a protokolu

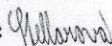
Forma prezentace dat: bakalářská práce


Žadatel se zavazuje:

1. Že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Že dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Že po zpracování výsledků je předloží tomuto zařízení, ve kterém dotazníkové šetření provedl.

Prostřednictvím tohoto formuláře žádám o umožnění provedení dotazníkového šetření v Domově pro seniory Zahradní město, Sněženková 2973/8, Praha 10, 106 00.

Datum: 6.10. 2011

Podpis žadatele: 

 3. 11. 2011
Domov pro seniory Zahradní město
Sněženková 2937/8, Praha 10, PSČ 106 16
IČ: 70878030 (1)
Tel.: 272 654 151, 272 654 153
Fax: 272 659 720

Příloha M:

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele: Stellarová Apolena

Kontaktní adresa: Holubí 1240/4, Praha 6, 16500

Telefon: +420 776 765 598

E-mail: Apolena.Stellarova@seznam.cz

Škola/fakulta: I. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Obor studia: Nutriční terapie

Téma závěrečné práce: Diabetes mellitus v populaci seniorů v pobytových zařízeních

Termín sběru dat: říjen 2011

Pracoviště, kde bude sběr probíhat: Domov pro seniory, Slunečnice, Na Hranicích 674/18, Praha 8, 181 00

Zjišťované informace: jsou součástí přiloženého dotazníku a formuláře

Forma prezentace dat: bakalářská práce

Žadatel se zavazuje:

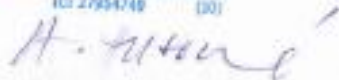
1. Že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Že dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.

Prostřednictvím tohoto formuláře žádám o umožnění provedení dotazníkového šetření v Domově pro seniory Slunečnice, Na Hranicích 674/18, Praha 8.

Datum: 6. října 2011

Podpis žadatele: 

Domov pro seniory - Slunečnice
formulář
sociální pracovníci
Praha a. s. - jako člen administrace
Statistické 263/23, 130 00 Praha 5
IČ: 27954748 (30)



Příloha N:

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele: Stellarová Apolena

Kontaktní adresa: Holubí 1240/4, Praha 6, 16500

Telefon: +420 776 765 598

E-mail: Apolena.Stellarova@seznam.cz

Škola/fakulta: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Obor studia: Nutriční terapie

Téma závěrečné práce: Diabetes mellitus v populaci seniorů v pobytových zařízeních

Termín sběru dat: říjen 2011

Pracoviště, kde bude sběr probíhat: Domov seniorů, Středisko sociálních služeb městské části Praha 9, Novovysočanská 505/8, Praha 9, 190 00

Zjišťované informace: jsou součástí přiloženého dotazníku a protokolu

Forma prezentace dat: bakalářská práce

Žadatel se zavazuje:

1. Že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Že dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.

Prostřednictvím tohoto formuláře žádám o umožnění provedení dotazníkového šetření v Domově seniorů, Středisku sociálních služeb městské části Praha 9, Novovysočanská 505/8, Praha 9, 190 00.

Datum: 3. října 2011

Podpis žadatele: *Stellarová*

*POVRKUVÍ, ŽE V NAŠEH DOMOVĚ SENIORŮ PROBĚHLO VÝŠE UHÍMĚNÉ VĚTŘENÍ
VEDOUcí SOCIÁLNÍHO ÚŘEDU - VTAŇOVÁ MARTINA*

V PRAZE dne : 3. 11. 2011

Středisko sociálních služeb
Městské části Praha 9
Sociální pracovník
190 00 Praha 9, Novovysočanská 505/8
Tel.: 284 827 865

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Klasifikace poruch homeostázy glukózy	16
Tabulka 2 – Vstupní kritéria pro vyplnění dotazníku v pobytových zařízeních	39
Tabulka 3 – Charakteristika zdravotnických zařízení dle získaných protokolů	40
Tabulka 4 – Charakteristika sociálních zařízení dle získaných protokolů	41
Tabulka 5 – Pohlaví	42
Tabulka 6 – Věk	42
Tabulka 7 – Typ diabetu mellitu	43
Tabulka 8 – Léčba diabetu mellitu	44
Tabulka 9 – Doba onemocnění	45
Tabulka 10 – Výskyt dlouhodobých komplikací	46
Tabulka 11 – Informovanost o komplikacích diabetu mellitu	47
Tabulka 12 – Informovanost o diabetické dietě	48
Tabulka 13 – Zdroj informací	49
Tabulka 14 – Srozumitelnost informací	50
Tabulka 15 – Přítomnost nutričního terapeuta	51
Tabulka 16 – Využití nutričního terapeuta	52
Tabulka 17 – Důležitost diety	53
Tabulka 18 – Spokojenost se stravou	54
Tabulka 19 – Dodržování diety	55
Tabulka 20 – Důvody porušování diabetické diety	56
Tabulka 21 – Počet snědených porcí za den	57
Tabulka 22 – Pitný režim	58
Tabulka 23 – Provádění pohybových aktivit	59
Tabulka 24 – Informovanost o důležitosti pohybových aktivit	60
Tabulka 25 – Pravidelně provozované aktivity	61

Seznam grafů

Graf 1 – Typ diabetu mellitu.....	43
Graf 2 – Léčba diabetu mellitu.....	44
Graf 3 – Doba onemocnění.....	45
Graf 4 – Výskyt dlouhodobých komplikací.....	46
Graf 5 – Informovanost o komplikacích.....	47
Graf 6 – Informovanost o diabetické dietě.....	48
Graf 7 – Zdroj informací.....	49
Graf 8 – Srozumitelnost informací.....	50
Graf 9 – Přítomnost nutričního terapeuta.....	51
Graf 10 – Využití nutričního terapeuta.....	52
Graf 11 – Důležitost diety.....	53
Graf 12 – Spokojenost se stravou.....	54
Graf 13 – Dodržování diety.....	55
Graf 14 – Důvody porušování diabetické diety.....	56
Graf 15 – Počet snědených porcí za den.....	57
Graf 16 – Pitný režim.....	58
Graf 17 – Provádění pohybových aktivit.....	59
Graf 18 – Informovanost o důležitosti pohybových aktivit.....	60
Graf 19 – Pravidelně provozované aktivity.....	61

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatua závěrečné práce	Datum	Podpis